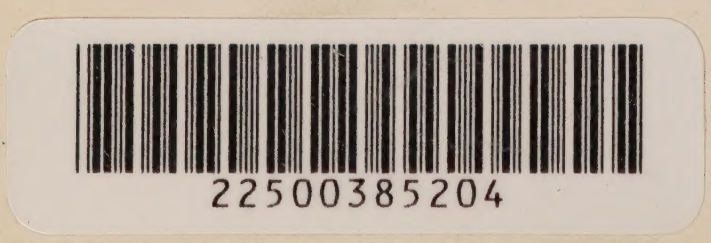
79.


22500385204

Bound by
E. WATSON,
—239,—
MARYLEBONE RD.
LONDON, N.W.

BRITISH MED.
Library
ASSOCIATION

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s6019id1398035

BRITISH Library ASSOCIAT

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

DDr. **Althaus** (London), Professor **M. Bernhardt** (Berlin), **Buch** (Helsingfors), **Dehn** (Hamburg), Professor **Dománsky** (Krakau), **L. Edinger** (Frankfurt am Main), **Engelhorn** (Maulbronn), **Goldstein** (Aachen), **Gottlob** (Grafenberg), **Halbey** (Bendorf), **Hauptmann** (Gleiwitz), **Hintze** (St. Petersburg), Direktor **Karrer** (Klingenmünster), **König** (Dalldorf), **Kron** (Berlin), **Krueg** (Ober-Döbling bei Wien), **Landsberg** (Ostrowo), **Langreuter** (Eichberg), **Matusch** (Sachsenberg), **Möbius** (Leipzig), **Fr. Müller** (Graz), **Neuendorf** (Bernburg), **Nieden** (Bochum), Professor **Obersteiner** (Wien), **Otto** (Dalldorf), **Pierson** (Dresden), **Pollák** (Grosswardein), **Rabow** (Berlin), **Reinhard** (Hamburg), **Rohden** (Oeynhausen), **O. Rosenbach** (Breslau), **A. Rosenthal** (Warschau), **Schoenthal** (Grafenberg), **Sury-Bienz** (Basel), **Voigt** (Oeynhausen), **Wähner** (Creutzburg) u. A.

herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Koblenz.

VII. Jahrgang. 1884.

Leipzig,

Verlag von Theodor Thomas.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

Library

I. Verzeichniss der Originalien.

1. Ein Fall von corticaler Hemiplegie mit Worttaubheit von Dr. med. Albert Rosenthal, Ordinator an der Irrenanstalt zu Warschau. pag. 1.
2. Ueber nervöse Verdauungsschwäche des Darms von Dr. P. J. Möbius in Leipzig. pag. 5.
3. Die electro-therapeutischen Apparate auf der internationalen electrischen Ausstellung in Wien von Dr. Franz Müller, Privatdocent an der Universität Graz. pag. 7.
4. Beitrag zur Kenntniss der Haut-Gefässnerven des Menschen von Dr. Max Buch in Helsingfors. pag. 49.
5. Zur Diagnose des Scheintodes von Dr. Max Buch in Helsingfors. pag. 73.
6. Beitrag zur Lehre vom „schnellenden Finger“ von Prof. M. Bernhardt. pag. 97.
7. Der Hypochondrienreflex. Vorläufige Mittheilung von Dr. C. Reinhard, 2. Arzt der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg. pag. 122.
8. Eine Beobachtung über das Kniephänomen von Dr. Baierlacher in Nürnberg. pag. 145.
9. Ueber Tabes bei Weibern von Dr. P. J. Möbius. pag. 193.
10. Ein Fall von multiplen Erweichungsherden im Gehirn auf luëtischer Basis von Dr. med. Rosenthal, Ordinator an der Irrenanstalt zu Warschau. pag. 217.
11. Vertheidigung. Nachtrag zu dem Aufsatz „über Tabes bei Weibern von Dr. P. J. Möbius. pag. 266.
12. Tabes dorsalis und Syphilis. Eine vorläufige Mittheilung von Dr. Wilh. Theodor von Renz. pag. 385.
13. Die gleichzeitige Anwendung verschiedener Bromsalze bei Nervenleiden, insbesondere bei Epilepsie von Dr. Erlenmeyer. pag. 410.
14. Neue Fälle von Tabes bei Weibern von Dr. P. J. Möbius. pag. 457.
15. Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Vorläufige Mittheilung von Dr. Victor Kandinsky, Ordinator an der Stadt-Irrenheilanstalt des heiligen Nicolaus des Wunderthäters zu Petersburg. pag. 481.

16. Ueber isolirte Armnerven- und combinirte Schulterarmlähmungen von Prof. M. Bernhardt. pag. 505.

II. Verzeichniss der Originalvereinsberichte.

1. „Berliner medicinische Gesellschaft“ von Dr. Matusch pag. 54; von Langreuter, pag. 101, 169, 244.
2. „Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ von Dr. Matusch, pag. 16, 55, 148, 293; von Dr. Langreuter, pag. 243; von Dr. Otto, pag. 337, 529.
3. „K. Pr. Akademie der Wissenschaften zu Berlin.“ pag. 241.
4. „Gesellschaft der Aerzte in Budapest“ von Dr. Ladislaus Pollák, pag. 16, 245, 340.
5. „Psychiatrischer Verein in St. Petersburg“ von Dr. Hinze, pag. 56, 200, 295.
6. „K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien,“ pag. 147, 220, 268, 554.
7. „Neurologische Section des internationalen Congresses zu Kopenhagen.“ pag. 389.
8. „Verein deutscher Irrenärzte“, Jahresversammlung am 16. und 17. September in Leipzig von Dr. Langreuter, pag. 433.
9. „Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg“ vom 18.—23. September 1884 von Dr. Richter, pag. 443 und 470.

III. Neue Literatur.

pag. 1, 120, 288.

Ein genaues Inhalts-Verzeichniss der 638 Referate findet sich am Ende des Bandes.

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 1. Januar 1884. Nro. 1.

INHALT.

I. Originalien. I. Albert Rosenthal: Ein Fall von corticaler Hemiplegie und Worttaubheit. II. P. J. Möbius: Ueber nervöse Verdauungsschwäche des Darms.

II. Feuilleton. Franz Müller: Die electro-therapeutischen Apparate auf der internationalen electrischen Ausstellung in Wien.

III. Original-Vereinsberichte. I. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

IV. Referate und Kritiken. Fuchs: Zur Hystogenese der menschlichen Grosshirnrinde. Pontoppidan: Kasuistische Mittheilung. Herczel: Einige seltene Formen der Aphasie. Puarini: Ueber meningitis tuberculosa. Dignat: Ueber einige Symptome, die sich bei Hemiplegischen auf der nicht gelähmten Seite zeigen können. Zenker: Mittheilung über eine bisher noch nicht beschriebene Beschäftigungsneurose. Gontermann: Verlauf eines Falles von Tetanus traumaticus unter Curare-Einspritzungen. Burr: Primäre Verrücktheit. Langreuter: Wahnsinn. Zacher: Beiträge zur Pathologie und progressiven Paralyse. Hjertström: Fall von Fremdkörper im Uterus einer Geisteskranken. v. Krafft-Ebing: Oeffentliche Gewaltthätigkeit und gefährliche Drohungen, zweifelhafter Geisteszustand. Kraus: Simulirter Wahnsinn.

V. Miscellen. Sommer: Beiträge zur Kenntniss der criminellen Irren. Orange: Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in England.

VI. Tagesgeschichte. Aus Stockholm.

VII. Neue Literatur. VIII. Personalien.

I. Originalien.

I.

Ein Fall von corticaler Hemiplegie mit Worttaubheit.[1])

Von Dr. med. ALBERT ROSENTHAL,

Ordinator an der Irrenanstalt zu Warschau.

Der 37jährige Apotheker W. S. wurde am 13. September 1882 auf meine Abtheilung gebracht. Aus dem beigefügten Parere entnehmen wir Folgendes. Im Dezember 1878 erlitt P. einen apoplectischen Insult, der eine rechtsseitige Hemiplegie hinterliess. Nach Verlauf

[1]) Nach einem in der Warschauer medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

von 3 Monaten soll die Lähmung ohne Spur verschwunden gewesen sein. Im August 1879 erlitt P. einen neuen Anfall, der mit Krämpfen einsetzte und linksseitige Hemiplegie mit Aphasie hinterliess. Die Krämpfe wiederholten sich jeden dritten bis vierten Tag, dauerten einige Minuten und waren von Bewusstlosigkeit begleitet. Die Krämpfe und Aphasie waren nach 3 Monaten verschwunden, die Hemiplegie wurde auch geringer. Im April 1880 setzte ein neuer (3.) Anfall, der linksseitige Hemiplegie, Aphasie und vollständige Taubheit zur Folge hatte, ein. Im Laufe der Zeit bis zur Aufnahme soll der Zustand sich wenig geändert haben. Im Anschluss an den letzten Anfall zeigten sich auch Symptome psychischer Erregung, die die Ueberbringung in die Anstalt veranlassten. Aus der Anamnese ist noch hervorzuheben, dass P. in seinen Kinderjahren an epileptischen Krämpfen litt. Vor etwa 7 Jahren machte er Lues durch.

Status praes. am 13. September 1882. Patient ist von kräftigem Körperbau und wohlgenährt. Fieberloser Zustand. Am Kopfe Nichts Abnormes. Das Gesicht ist asymetrisch, die l. Nasolabialfalte ist weniger ausgeprägt. Pupillen erweitert, die linke etwas stärker, Lichtreaction beider schwach. Die Zunge wird kaum herausgestreckt, weicht nach links ab. Die Sprache ist auf wenige Worte reducirt — so spricht P. die polnischen Worte: chory (krank), boli (schmerzt), und zeigt dabei auf die linksseitigen gelähmten Extremitäten, auch benennt er die letzteren spontan: reka (Hand) noga (Fuss). Sonst wird vom P. kein Wort mehr genannt. Der Gesichtsausdruck ist weinerlich. Die an ihn gewendeten Fragen versteht P. absolut nicht; die Frage über seinen Namen beantwortet er weder mündlich noch schriftlich; auf eine schriftliche derartige Frage schreibt er seinen Namen nieder. Die Frage ob Kopfschmerz besteht, das Verlangen die Zunge zu zeigen, lässt er wie viele andere unbeantwortet. P. versteht jedoch die ihm vorgemachten Zeichen; so, wenn ich auf den Kopf hinwies, verneint er durch Kopfschütteln das Fehlen von Kopfschmerz; durch Vorzeigen der Zunge wird er zum Herausstrecken seiner Zunge veranlasst. Dabei ist das Hörvermögen nicht alterirt: sowohl durch Geräusch wie auch Ansprache wird seine Aufmerksamkeit geweckt; es besteht jedoch kein Verständniss des zu ihm Gesprochenen. Letzteres documentirt er durch Hinweisen auf seine Ohren, wobei er das Wort „gtuchy“ (taub) ausspricht. Die Untersuchung der äusseren Gehörgänge erweist keine Abnormität. Was das Verständniss des Gelesenen betrifft, so ist dasselbe ebenfalls beeinträchtigt, da er auf die hingeschriebene Frage: „wie er sich befinde“ mit Niederschreiben seines Namens antwortete. Er erkennt jedoch seine Umgebung, benimmt sich auch beim Besuch von Verwandten mit vollem Bewusstsein der Lage. —

Die rechte obere Extremität ist normal, die linke hingegen ist gelähmt und befindet sich in Beugecontractur sowohl im Ellenbogen als auch in sämmtlichen Metacarpophalangealgelenken. Bei passiven Bewegungen ist es unmöglich den im Spitzwinkel befindlichen Ellenbogen aus seiner Stellung zu bringen; ebensowenig ist es möglich

die Stellung der Finger zu verändern. Faradische und galvanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln erscheint nicht herabgesetzt. Die Hautsensibilität, das Schmerzgefühl scheinen nicht verändert zu sein — die nähere Untersuchung der Sensibilität ist jedoch des hilflosen Zustandes wegen unmöglich. Die linke untere Extremität befindet sich in ausgestreckter Lage; in die Höhe gehoben verharrt sie nicht in der neuen Stellung, sondern fällt auf das Bettlager zurück. Passive Beugung des Kniegelenkes findet unüberwindlichen Widerstand; ebensowenig ist Beugung des Fussgelenkes möglich. Hingegen ist sowohl die active wie auch passive Beweglichkeit des rechten Beines intact. Der Patellarreflex ist rechts bedeutend verstärkt; beim Beklopfen der linken Patellarsehne tritt starkes Zittern der ganzen Extremität ein; dasselbe wird auch bei Dorsalflexion der linken grossen Zehe oder des gleichnamigen Fussgelenkes hervorgerufen. Dieser Dorsalclonus ergreift mitunter auch das rechte Bein, dauert einige Secunden und kann durch Plantarflexion sistirt werden. Die Hautsensibilität sowohl als auch die electrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln sind an den Beinen nicht herabgesetzt. Patient nimmt stets die horizontale Bettlage ein; ist jedoch im Stande ohne Hilfe einige Schritte im Zimmer zu machen. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt überall normale Verhältnisse. Die Urin- und Stuhlentleerung erfolgten normaler Weise. Psychisches Verhalten zeigt keine Abnormitäten, P. scheint sich seines Zustandes bewusst zu sein, weint oft, übrigens verhält er sich ruhig; Schlaf gut.

P. blieb unter meiner Beobachtung in der Anstalt ein ganzes Jahr und zwar bis zum 2. October 1883, während dem sich der schon geschilderte Zustand sehr wenig änderte. Das Sprachvermögen blieb nach wie vor auf die wenigen oben bezeichneten Worte beschränkt, das Verständniss der zu ihm gesprochenen Worte blieb vollständig vernichtet. Die Contractur der gelähmten linksseitigen Extremitäten steigerte sich noch ein wenig, es trat Abmagerung des l. Armes und Beines ein. Die electrische Erregbarkeit blieb unverändert. Es wurden keine psychischen Abnormitäten konstatirt. Im letzten Monat traten Symptome von Bronchopneumonie ein. Etwa 14 Tage vor dem Ende bildete sich am linken Trochanter acuter Decubitus, der sich schnell vergrösserte, und in Folge dessen trat am 2. October 1883 der Tod ein. —

Sectionsbefund (3. October). Bronchopneumonia in apice dextro. Hepar adiposum. Gastroenteritis catarrhalis. Decubitus. Encephalitis corticalis (gyri centralis post. dextri et gg. temporalium 1. et 2. sinistr.)

Was den Befund am Gehirn betrifft, so ist an den Häuten ausser starken Oedems auf der Höhe der rechten hinteren Centralwindung nichts Bemerkenswerthes. Nach Ablösung der Pia wird daselbst ein Defect in Form einer unregelmässigen Höhle, deren vordere Wand von einem schmalen Streifen der hinteren Centralwindung, deren innere Wand von dem Paracentralläppchen, und deren hintere von Theilen des zurückgebliebenen oberen Parietalläppchens gebildet werden, in die äussere Wand geht die Foss. Sylvii über. Den Boden der Höhle

bildet eine derbe röthlich gefärbte Masse von ungleichem Niveau. Der longitudinale Durchmesser des Defectes (am gehärteten Gehirn) beträgt von $2^1/_2$—$3^1/_2$ ctm., der Querdurchmesser $3^1/_2$—4 ctm., die Tiefe 5—8 mm. Der g. centralis post. dexter oder parietalis ascendens ist nur in seinem vorderen Fünftel der ganzen Länge erhalten, hingegen sind $^4/_5$ Theile desselben in der ganzen Länge der Windung vernichtet, ausserdem sind auch die angrenzenden vorderen Theile des lob. parietalis super. und des g. supramarginalis zerstört. Der Defect betrifft die Hirnrinde und wohl auch die nächstliegende Schichte des Marklagers. Die übrigen Windungen sind an der rechten Gehirnhälfte unverändert. — An der linken Hemisphäre bemerkt man eine bedeutende Verschmälerung der ersten Schläfenwindung, die in ihrem hinteren (oberen) Dritttheile zerstört ist; ebenso ist der angrenzende vordere Abhang der zweiten Schläfenwindung zerstört und in eine derb röthlich gefärbte Masse umgewandelt. Beide Windungen sind hier, wo sie in die gg. supramarginalis und angularis übergehen, stark vertieft; die Läsion hat eine Länge von $1^1/_2$—2 ctm. — Die mikroskopische Untersuchung der der Läsion angrenzenden Theile zeigt stark überfüllte Blutgefässe, bedeutende Anzahl fettig degenerirter Wanderzellen, wie auch in Pigment umgewandelter rother Blutkörperchen; die Ganglienzellen sind im Zustand fettiger Entartung angetroffen. Es scheint sich also hier um eine Encephalitis corticalis zu handeln. Die nähere Untersuchung des Marklagers wie auch der anderen Gehirnabschnitte kann erst nach Erhärtung des Gehirns erfolgen. Im Rückenmark wurde gleich bei der Autopsie eine graue Verfärbung des linken Hinterseitenstranges bemerkt, was auch bei mikroskopischer Untersuchung nach Härtung im doppeltchromsauren Kali sich als secundäre Degeneration herausstellte.

Epicrise. Wir haben es im hier beschriebenen Falle mit einer linksseitigen Hemiplegie mit Contractur zu thun, welche laut Sectionsbefund mit der auf die Corticalis beschränkten Läsion in Zusammenhang gebracht werden muss. Es war hier fast die ganze rechte hintere Centralwindung (g. parietalis ascendens) wie auch die angrenzenden Theile des oberen Parietalläppchens und des g. supramarginalis zerstört. Das Hauptgewicht wird wohl auf die hintere Centralwindung zu legen sein, die als exquisit motorische Region anerkannt ist. Ich erinnere hier nur an den analogen Fall von Charcot u. Pitres, in welchem rechte Facialparese und Hemiplegie mit Contractur bestanden hat und die Section Erweichung der $^2/_3$ unteren Theile des g. centralis post. sinis. und auch secundäre Degeneration der Py S. nachwies.

Weit interessanter ist die in unserem Falle konstatirte Sprachstörung, die auf vollständigem Unverständniss der gesprochenen Worte beruhte und also als Worttaubheit (Kussmaul) oder richtiger sensorische Aphasie (Wernicke) zu bezeichnen ist. Die Worttaubheit führte hier zur fast vollständigen Aphasie, wie es übrigens auch in anderen Fällen konstatirt wurde, so dass die betreffenden Kranke nur einzelne Worte: „ja, Mamama, if you please“ gesprochen haben. Die von

Wernicke zuerst augegebene anatomische Ursache der sensorischen Aphasie bestehend in einer Läsion des hinteren (oberen) Theiles der ersten und des anliegenden vorderen Abhanges der zweiten Schläfenwindung linkerseits wird durch obigen Fall vollständig bestätigt. Interessant ist es, dass die Läsion eben nur diese zwei Windungen ergriffen hat und auf dieser Hemisphäre keine anderen Theile in den Process hineingezogen waren. Unter den in der Literatur bekannten etwa 8 Fällen von Worttaubheit mit Autopsie nimmt der obige in Folge der Präcision der Läsion etwa die 3. Stelle ein, da in allen anderen mehr diffuse Erweichungen des Schläfenlappens und auch angrenzender Hirnbezirke vorgefunden wurden. Bemerkenswerth ist es auch, dass die sensorische Aphasie in unserem Falle $2^1/_2$ Jahre bestand, trotzdem die Läsion nur einen Theil der 2 linksseitigen Schläfenwindungen betraf und der andere (rechte) Schläfenlappen intact war. Bekanntlich kommt nicht selten im Laufe der Zeit Restitution der bezeichneten Sprachstörung vor, besonders wenn keine Atrophie der anderen Hirnwindungen besteht und namentlich die Läsion des anderen Schläfenlappens unbedeutend ist. Zuletzt ist noch die lange Dauer ($2^1/_2$ Jahre) der bezeichneten Sprachstörung in unserem Falle, wie sie in keinem bisher bekannten Falle beschrieben, hervorzuheben.

II.

Ueber nervöse Verdauungsschwäche des Darms.

Von Dr. P. J. MÖBIUS.

Weder in der neuerdings erschienenen umfassenden und ausführlichen Monographie Deniau's über „hystérie gastrique," noch in der sonstigen Literatur, soweit sie mir bekannt ist, finde ich eine Erscheinung erwähnt, welche ich bei Neurasthenischen oft beobachtet habe und welche mir nicht ohne Interesse zu sein scheint.*) Dieselbe besteht darin, dass die Kranken bei gutem Appetit, reichlicher Nahrungsaufnahme und ohne alle subjectiven Verdauungsbeschwerden mehr und mehr abmagern, bezugsweise in ihrer Abmagerung verharren. Solche Kranke haben anscheinend normale, aber übermässig reichliche Stuhlgänge und es wird bei ihnen offenbar ein grosser Theil der Nahrungsstoffe unresorbirt entleert. In sehr ausgeprägter Weise beobachtete ich diesen Zustand vor einigen Jahren bei einer jungen Dame. Dieselbe, 29 Jahre alt, war vor 10 Jahren erkrankt, hatte früher melancholische Verstimmung mit zwischenlaufender Aufregung gezeigt, auch einige Selbstmordversuche gemacht. Als ich sie sah, litt sie an schwe-

---

*) Auch die Lehrbücher der Psychiatrie enthalten keinerlei bez. Notiz. Doch soll der oben als Symptom der Neurasthenie beschriebene Zustand (d. h. Abmagerung bei gutem Appetit, reichlicher Nahrungsaufnahme, aber übermässig reichlicher Stuhlentleerung) in psychiatrischen Kreisen nicht unbekannt sein. Er soll bei Melancholie öfters beobachtet werden. Immerhin scheint er mir auch dort weniger Beachtung gefunden zu haben als er verdiente.

rer nervöser Erschöpfung, welche sich in allgemeiner Körperschwäche, Unfähigkeit zu geistigen Leistungen, Schlaflosigkeit, Schweisssucht, Kopf- und Rückenschmerzen, Dysmenorrhoe u. s. w. zeigte. Sonst waren durchaus keine objectiven Störungen vorhanden. Die Dame war von erschreckender Magerkeit, aber ziemlich gesunder Gesichtsfarbe, sie ass mit vortrefflichem Appetit ganz beträchtliche Speisemengen, hatte nie irgendwelche Magenbeschwerden. Dabei erfolgten jeden Tag drei reichliche Stuhlentleerungen von breiiger Beschaffenheit und gewöhnlicher dunkelbrauner Farbe. Ich habe die Kranke mehrere Monate beobachtet, ohne dass sich ihr Zustand wesentlich verändert hätte. Andere Kranken gaben an, dass sie über ihren Stuhl gar nicht zu klagen hätten, im Gegentheil, seit sie krank wären, leerten sie zweimal täglich aus, früher nur einmal. Andere wieder erkannten an der Vermehrung der Stühle eine Verschlimmerung ihres Zustandes. Jedesmal z. B. im Hochsommer, wenn sie sich matt und gedrückt fühlten, trat sie ein. Findet man bei einer nervösen Person einen schlechten Ernährungszustand, so verordnet man reichliche Nahrung, Milch, Fett u. s. w. Zuweilen wird der Rath befolgt, die Kranken unternehmen eine wahre Mastkur, verdauen anscheinend vortrefflich, aber der einzige Erfolg ist, dass die Fäces, welche zuweilen auffallend hell gefärbt sind, vermehrt werden. Dann etwa tritt eine günstige Wendung in der Lebenslage der Kranken ein, die ihnen neuen Lebensmuth einflösst, und von da an werden die Stühle seltener, die Ernährung hebt sich. Immer ist das in Rede stehende Symptom ein Ausdruck des Allgemeinbefindens und schwindet sobald dieses sich entschieden bessert. Damit ist Prognose und Therapie gegeben.

Welche die nächste Ursache der nervösen Verdauungschwäche des Darms ist, wage ich nicht zu entscheiden. Der Magen scheint gar nicht betheiligt zu sein, denn, wenn auch natürlich sog. Dyspepsie gleichzeitig verkommen kann, so ist für die reinen Fälle doch das Fehlen jeder Magenbeschwerde charakteristisch. Man könnte an Vermehrung der peristaltischen Bewegungen denken, doch pflegt diese Beschwerden zu verursachen. Auch stimmt zu der Schlaffheit der Neurasthenischen nicht eine anhaltend gesteigerte Darmbewegung. Fasst man die im Darm stattfindende Resorption als eine active Zellenthätigkeit auf, so ist es wohl denkbar, dass dieselbe trotz normaler Drüsensecretion und normaler Muskelthätigkeit geschwächt werden kann, sei es durch directen nervösen Einfluss, sei es auf andere Weise. Es liegt nahe, den schlecht verdauenden Darm mit der schlecht auffassenden und merkenden Gehirnrinde zu vergleichen. Möglicherweise könnte auch eine Hypersecretion des Darmsaftes eine Rolle spielen, welche ein Analogon in den nervösen Schweissen und der nervösen Polyurie fände. Auch an die Angstdiarrhoe ist hier zu denken. Andere mögen die Entscheidung treffen. Ich begnüge mich, auf das in Rede stehende Symptom hinzuweisen und die Collegen zu weiteren Beobachtungen aufzufordern.

Leipzig, am 15. November 1883.

II. Feuilleton.

Die electro-therapeutischen Apparate auf der internationalen electrischen Ausstellung in Wien.*)

Von Dr. FRANZ MÜLLER,
Privatdocent an der Universität Graz.

Auf der in den kolossalen Räumen der Rotunde in Wien im vorigen Herbste stattgehabten 3. internationalen elektrischen Ausstellung, die durch die Grossartigkeit ihrer Anlage sicher auf alle Besucher einen unvergesslichen Eindruck gemacht hat, dominirten ganz begreiflicherweise das elektrische Licht und die elektrische Kraftübertragung, diese neuen und mächtigen Conkurrenten des Gases und des Dampfes; sie gaben dem Unternehmen die Signatur, sie trugen den Löwenantheil an dem Gelingen des grossen Werkes davon.

Ein bescheidenes Plätzchen nahm daneben still und geräuschlos die Medizin ein; doch war, und ich kann dies mit grosser Genugthuung hervorheben, die Medizin in des Wortes weitester Bedeutung in ganz hervorragender Weise in grosser Fülle und Mannigfaltigkeit vertreten. Leider war das Bild kein vollständiges, da mehrere Weltfirmen aus dem deutschen Reiche und Frankreich die Ausstellung nicht beschickt hatten.

Es kann nicht Zweck der folgenden Zeilen sein, einen ausführlichen und detaillirten Bericht über alle in die Medizin einschlagenden Apparate zu geben — dies sei einer besonderen Arbeit vorbehalten — ich will vorläufig nur jene Apparate namhaft machen, welche mir für die Leser dieses Blattes einer ganz besonderen Beachtung werth scheinen. Illustrationen mögen das Verständniss der kursorisch kritischen Besprechung der einzelnen Objekte erleichtern.

I. Elektro-therapeutische Apparate.

1. Galvanische Batterien.

Ich muss es sehr lebhaft bedauern, dass gerade beim Baue der galvanischen Batterien, um physikalisch zu sprechen, das Trägheitsmoment auf die Fabrikanten einen so mächtigen Einfluss ausübt, dass sie mit nur wenigen rühmlichen Ausnahmen von den bisherigen erbgesessenen Formen sich fast gar nicht emanzipiren können. Immer und immer kehren Siemens-Halske- und die gewöhnlichen Zink-Kohlen-Chromsäure- (sit venia verbo) Elemente wieder.

Ich habe wiederholt schon darauf hingewiesen, dass es eine rein theoretische, in verschiedenen Lehrbüchern sich fortschleppende, mit der praktischen Erfahrung aber im grellsten Widerspruch stehende Annahme ist, dass das Siemens-Halske'sche Element nur bei äusserem Kettenschlusse arbeite, daher ökonomisch, und das beste für die Elektro-Therapie sei.

Das sind Dogmen, die fort und fort gelehrt werden und die gläubigsten Anhänger unter den Elektro-Therapeuten haben. Auf

*) Aus einem grösseren Ausstellungsbericht, den uns der Herr Verfasser mit dankenswerther Bereitwilligkeit zur Verfügung gestellt hat. Red.

Grund eigener vieljähriger, ausgedehnter, vergleichender Untersuchungen kann ich sagen, es ist nicht richtig, dass Siemens-Halske nur bei äusserem Kettenschluss arbeite; denn der Chemismus im Elemente ist auch unterhalten bei äusserlicher völliger Ruhe; es findet mithin ein zweckloser, dabei kostspieliger Materialverbrauch (Zink- und Kupfersulfat) statt. Den lästigsten Uebelstand bildet aber das leichte Auskristallisiren des sich in grossen Quantitäten bildenden Zinkvitriols, das bald die Gläser und den Schrank überzieht. Paraffiniren, Firnissen der Glasränder erweist sich gegen die Efflorescenz ohnmächtig. Nur rechtzeitig wiederholte Flüssigkeitserneuerung sowie skrupulöse Reinigung kann dem vorbeugen. Dies aber ist enorm zeitraubend. Ich habe durch mehrere Jahre 2 stationäre Apparate zu je 60 Elementen im Gebrauche gehabt, und die gerügten Uebelstände zur Genüge empfunden. Dazu kommt noch, dass es eine Unmöglichkeit ist, ein Element selbst zu demontiren und wieder zu montiren, was doch nach Jahren, wenn das Diaphragma, das Papier-maché, mit Kupfer etc. durchsetzt sind, unbedingt nöthig ist. Es bleibt demnach dem Besitzer nichts anderes übrig, als die Elemente zum besagten Zwecke dem Fabrikanten einzusenden. Wie bei all' diesen notorischen Uebelständen das Siemens-Halske'sche Element in den Lehrbüchern für Elektro-Therapie, die allerneuesten nicht ausgenommen, noch immer und dazu noch warm empfohlen werden kann, geht über meine Begriffe. Die Zink-Kohlen-Chromsäure-Batterien beanspruchen wegen ihrer Säurehaltigen erregenden Flüssigkeit (H_2 SO_4) sowie des färbenden Depolarisators (Kaliumpyrochromat oder Chromsäureanhydrid) eine besondere Achtsamkeit und Sorgfalt von Seiten der damit Hantirenden und bedingen des überaus lebhaften Chemismus wegen eine ziemlich häufige Neufüllung, bringen hingegen den unleugbar sehr grossen Vortheil leichter Demontirung und Montirung.

In erhöhtem Grade finde ich die letztgenannten Vortheile in dem in jüngster Zeit modifizirten Leclanché'schen Patent-Elemente. (Pile agglomérée à plagues mobiles), das ausserdem keinen einzigen der obengenannten Uebelstände besitzt. Das Element besteht aus einem Zinkstab, einer Retorten-Kohlenplatte, der beiderseits die depolarisirenden Braunsteinplatten (aus $^2/_3$ Braunstein und $^1/_3$ Kohle bestehend, ausgeglüht und durch starken Druck in Blockform gebracht anliegen. Der Zinkstab wird durch ein Thonstück, Holzstück oder einen Kautschukring ausser Kontakt mit dem nächsten Blocke gebracht. Das Ganze wird durch 2 Gummiringe zusammengehalten. Als erregende Flüssigkeit dient konzentrirte Chlor-Ammonium-Lösung.

Ich lernte dieses Leclanché-briquette-Element im Jahre 1881 auf der Pariser elektrischen Ausstellung kennen und habe es seither in ununterbrochenem Gebrauche.*) Ich kann dasselbe auf Grund praktischer Erfahrungen gewissenhaft als das beste, constanteste, ökonomischeste und am leichtesten zu handhabende Element für elektro-therapeutische Zwecke empfehlen. E. Barbier in Paris hat eine grössere

*) Vergl. Mitth. des Ver. der Aerzte in Steiermark pro 1881, wo ich es beschrieb.

Collektion derselben in verschiedenen Grössen und Formen mit Glaszellen und in Hartkautschuckbüchsen ausgestellt. Nicht eine einzige Batterie mit derartigen einfachen Elementen war in der Ausstellung zu sehen, überhaupt konnte ich nur *eine* Leclanché'sche Batterie zu therapeutischen Zwecken auf der Ausstellung finden, sie war von Deckert und Homolka geliefert.

Eine recht zweckmässige Modifikation des Leclanché'schen Elementes hat die Londoner Firma Coxeter & Son gebracht. Die Kohle ist durch Platin ersetzt, wodurch das Element kompendiöser und doch die Kapazität für die erregende Flüssigkeit grösser wurde. Depolarisator und erregende Flüssigkeit sind wie bei Leclanché. Die Batterien sind zu 60, 40 oder 30 Elementen konstruirt und zeichnen sich durch solide Arbeit, sehr gefällige Form, grosse Handlichkeit, Portativität und grosse Constanz aus. Ein Verschütten von Flüssigkeit ist kaum oder nur bei sehr roher Behandlung denkbar; nur schade, dass die Demontirung und Montirung äusserst schwierig sind.

Fig. I.

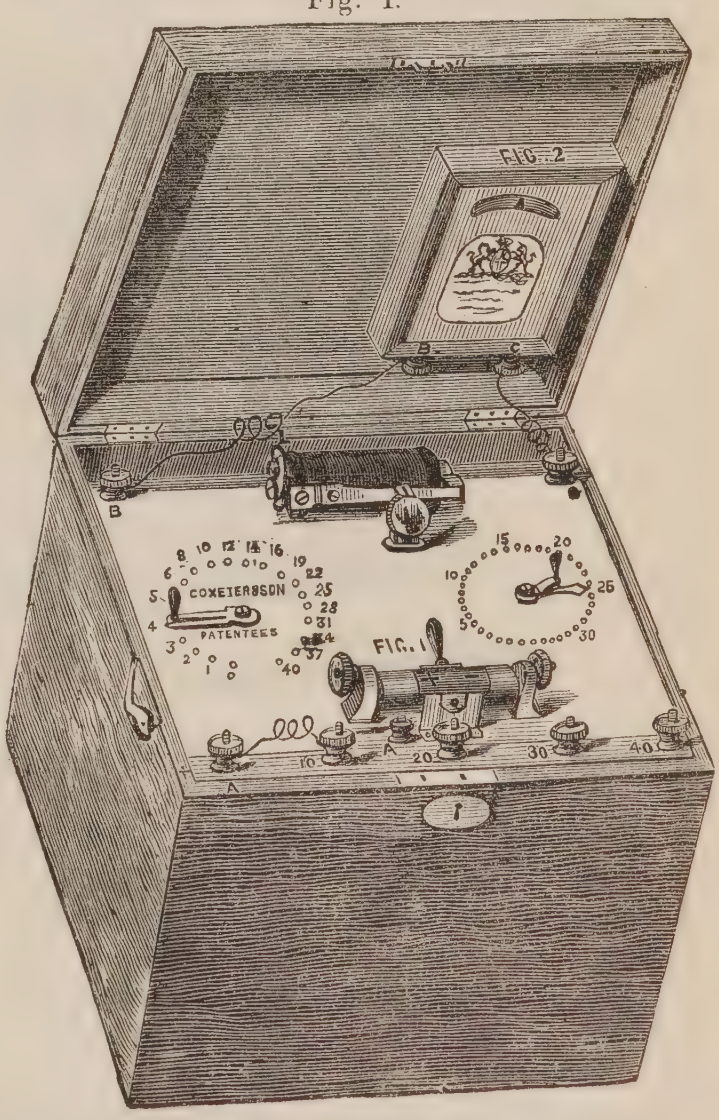


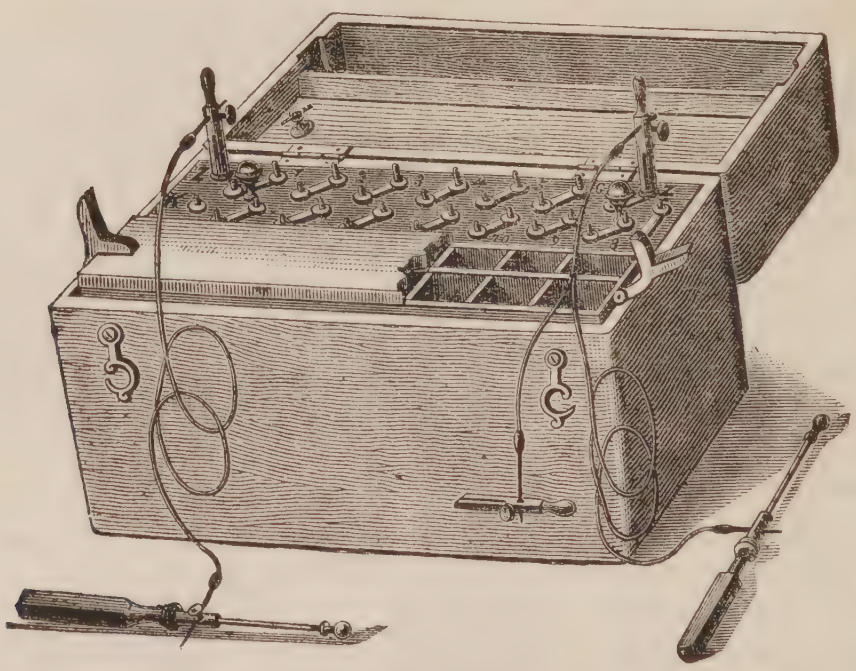
Fig. I. zeigt eine derartige Batterie mit 40 Elementen und einem Inductionsapparat (The Physicians Combined Battery) 1 stellt den bekannten Walzenstromwender dar, 2 ein ziemlich empfindliches Vertical-Galvanometer mit Milliampères-Theilung, 3 ist ein einfacher, recht praktischer Arretirungs-Hebel für die Galvanometernadel. Der Kurbelstromwähler 4 gestattet selbstverständlich jede beliebige Elementenanzahl ohne Stromesunterbrechung einzuschalten, macht aber durch eine federnde Vorrichtung einen „kurzen Schluss" benachbarter Elemente ganz unmöglich. Durch den Rheostät 5 wird der sekundäre Induktionsstrom abgestuft. Der auf- und abwärts zu drückende Hebel L dient zur In- und Aussergangsetzung des Induktionsapparates. Gewicht 9,6 Kilogramm. Preis M. 210.

Die von derselben Firma unter dem Namen The Patient's Batteires ausgestellten konstanten Batterien haben behufs Erzielung eines niederen Preises keinen Kurbel- sondern nur einen Steckklemmen-Stromwähler.

Von den Batterien mit sog. Chromsäurefüllung und Zink-Kohlen-Elektromotoren müssen wir in erster Linie Reiniger's Winkelzellenbatterien gedenken. Für klinische Zwecke sowie zum Gebrauche im Ordinationszimmer hat Reiniger auf Vorschlag v. Ziemssen's Winkelzellenbatterien mit 4 mal grösserer Capazität für die erregende Flüssigkeit konstruirt, wodurch natürlich die Constanz sowie die Arbeitsdauer der Batterie bedeutend erhöht werden. Der eine der 2 angebrachten Kurbelstromwähler gestattet die Schaltung von je 1 Element, der 2. jedoch nur von fünf zu fünf, was nach meiner Ansicht bei Säure-Elementen entschieden zu stark ist. Ich kann nur Steigerung von 1 zu 1 das Wort reden. Von derselben Firma war weiters eine schöne Collektion besonders für praktische Aerzte zu empfehlender transportabler Tauchbatterien mit Kurbel- respective Steckklemmen-Stromwähler ausgestellt.

Ueberhaupt waren die sog. Chromsäure-Tauchbatterien unter den elektro-therapeutischen am stärksten und in zahllosen Formen vertreten.

Fig. II.



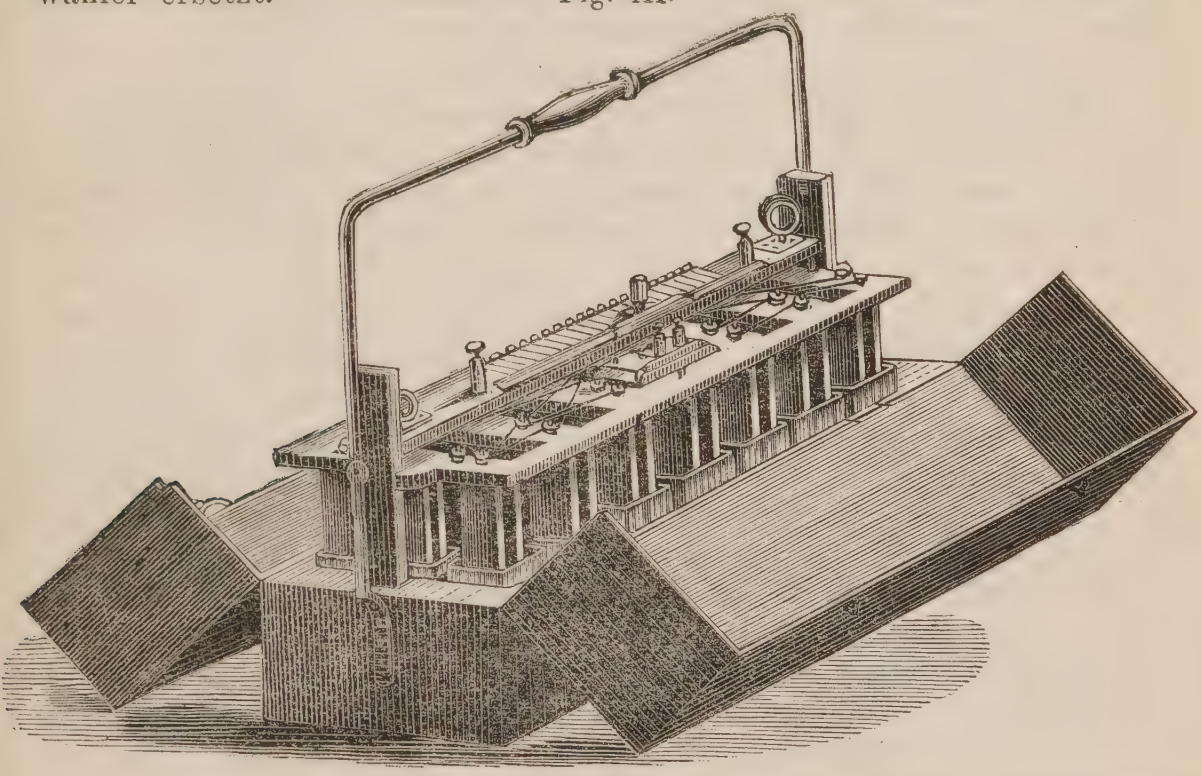
Die Firma Mayer & Wolf (Wien) hat zum Gebrauche ausserhalb des Hauses eine Batterie ausgestellt, (Fig. II.) bei welcher die Behälter aus einem Hartgummigefäss bestehen, welches beim Transport hermetisch verschlossen ist. Bei der Verschlussvorrichtung entfallen alle Schrauben, und kann der Deckel des Apparates nicht geschlossen werden, bevor nicht das Verschlussstück in der richtigen Lage ist. Auf Verlangen werden Steckklemmen-, oder Schieber-Stromwähler angebracht.

Schulmeister (Wien) hat eine 27elementige mit sehr gutem Schlussschieber, jedoch wenig verlässlichem Stromwender versehene Batterie ausgestellt. (Fig. III.)

Ganz die gleiche Form treffen wir auch in dem Schranke von Mayer & Wolf. Letztere haben auch einen stationären Cabinetsapparat mit Grenet'schen Elementen, ausgestellt.

Deckert & Homolka brachten eine grosse Reihe hiehergehörender Batterien. Mit Freude sah ich die früher beliebten Steckklemmen-Stromwähler fast durchgehends durch die bequemen Kurbelstromwähler ersetzt.

Fig. III.



Die von Weichmann (München) ausgestellten Objekte zeigen eine geradezu unsagbar schleuderische Arbeit.

Nicht so stark, aber immerhin noch bedeutend vertreten waren die Batterien mit Siemens-Halske'schen Elementen, über welch' letztere ich mein Urtheil bereits oben gefällt habe.

Mayer & Wolf haben 2 Cabinetsschränke, sogenannte stationäre Apparate mit vollständigem vertikal gestelltem Tableau und mit Kautschuk-Verschluss versehenen Siemens-Halske-Elementen auf die Ausstellung gebracht. In sehr gelungener Weise hat die genannte Firma die Neufüllung der Elemente vereinfacht und erleichtert, indem eine Etagenplatte sammt den darauf stehenden Elementen in toto leicht und ohne vorher eine Klemme oder Schraube lösen zu müssen, herausgenommen und nach erfolgter Füllung ebenso einfach an den Platz zurückgeschoben werden kann, um sofort im richtigen Contakt mit den Leitungen zu sein. Zur Vermeidung oder doch zur Hinausschiebung der von mir gerügten raschen Verdunstung und lebhaften Efflo-reszenz sind die Elemente mit einem Kautschuck-Verschluss versehen.

Schulmeister hat eine transportable Batterie mit Siemens-Halske'schen Elementen ausgestellt.

Der Vollständigkeit halber will ich noch das neueste Element von de Salande erwähnen. Dasselbe ist eine Modifikation des Daniell'schen und besteht aus Zink, Kupfer, Kupferoxyd und Aetznatron. Die Schichtung der Elektro-Motoren ist ähnlich wie bei den gewöhnlichen Callaud-Trouvé'schen. Das Element zeichnet sich durch grosse Konstanz, sowie durch einen ausserordentlich geringen inneren Widerstand (0.3 Ohm) aus.

Schliesslich kann ich mit grossem Vergnügen konstatiren, dass die Aussteller fast durchgehends von der Sucht die Kompendiosität und Eleganz der Apparate auf Kosten der Dauerhaftigkeit zu erzielen oder gar etwa Batterien für die Westentasche oder Zahnstocherbatterien zu konstruiren, nicht angekränkelt sind.

2. Inductions-Apparate.

Ganz Neues und in der That sehr Originelles brachten Coxeter & Son mit ihrer „Draw Pin“ Coil-Battery. Die Abstufung des sekundären sowie des Extra-Stromes erfolgt nicht nach der bekannten bisher üblichen Methode durch Verschieben der Rollen oder eines Metallrohres, das als Dämpfer dient, sondern durch das Hineinschieben eines blanken Metallstiftes zwischen die beiden letzten Drahtwindungslagen der primären Rolle. Die genannten Windungslagen sind an den Stellen die der „Zugstift“ passirt, und die gleichsam eine Hülse für denselben darstellen, von ihrem isolirenden Ueberzuge frei. Ist nun der blanke Zugstift völlig hineingeschoben, so ist zwischen ihm und den beiden letzten Drahtwindungslagen ein direkter kurzer metallischer Kontakt hergestellt, so dass nur die 3 ersten Windungslagen der primären Spuhle in Thätigkeit sind, während die 2 letzten eine Art geschlossener Metalldämpfung bilden. Primärer wie sekundärer Strom sind hiebei am schwächsten. Ist der Stift ganz herausgezogen, so ist die gesammte Drahtlänge der primären Spuhle in Thätigkeit. Primärer und sekundärer Strom daher am stärksten. Je mehr der Stift herausgezogen wird, umsomehr Windungen der zwei letzten Lagen werden wieder frei, d. h. um so grösser wird die induzirende Drahtlänge, umso stärker daher sekundärer und primärer Strom. Die Vortheile dieser Einrichtung liegen in der sehr bequemen und leichten Abstufbarkeit des Stromes, ferner in der grösstmöglichsten Ausnützung eines gegebenen Materials (Drahtlänge) zur Erzeugung kräftiger Ströme, indem der primäre Draht direkt über das Eisenbündel und die sekundäre Rolle direkt über die primäre gewunden werden kann. Das Gewicht des gesammten Apparates ist circa 2,7 Kilo.

Adler & Comp. haben sehr hübsch und gut gearbeitete Induktionsapparate mit 4 verschiedenen sekundären Drahtwindungen mit 4 Klemmenpaaren behufs gleichzeitiger Massenfaradisationen zur Ausstellung gebracht. Nach meinen Erfahrungen reussirt man in einfacher Weise mit getheilten Leitungsschnüren resp. durch Einschaltung der Patienten in Zweigleitungen eines und desselben sekundären Stromes. Sonst begegnete ich durchaus bekannten Induktorien.

3. Hydro-electrische Apparate.

Die Firma Bläsdorf (Frankfurt a. M.) hat eine elektrische Badewanne sammt dazu gehöriger Batterie und diversen Nebenapparaten, die in einem sehr gefälligen und hübschen Schranke untergebracht sind, ausgestellt.

Durch grosse an der inneren Fläche der Holzwanne befestigte Metallplatten, die durch eine mit zahlreichen als Einbruchspforten für den Strom dienenden Löchern versehene Holzplatte so gedeckt sind, dass der menschliche Körper nirgends in direkten Kontakt mit

dem Metalle gelangen kann, wird der Strom dem Badewasser und so auch dem Badenden zugeführt. Eine einfache Stöpselung gestattet den Strom (sowohl den konstanten wie den Extra-Strom) in jeder beliebigen Richtung durch die verschiedenen Körperabschnitte zu schicken. Auf dem Tableau des Schrankes befinden sich 2 Flüssigkeits-Rheostaten für den konstanten und Induktionsstrom, ferner Umschalter, Stromwechsler, Kurbelstromwähler und eine in Milliampères getheiltes Horizontal-Galvanometer. Eine Kurbelvorrichtung ermöglicht ohne erst eine Aenderung in den Verbindungen mit der Wanne vornehmen zu müssen, die Applikation der Ströme auch ausserhalb des Wassers.

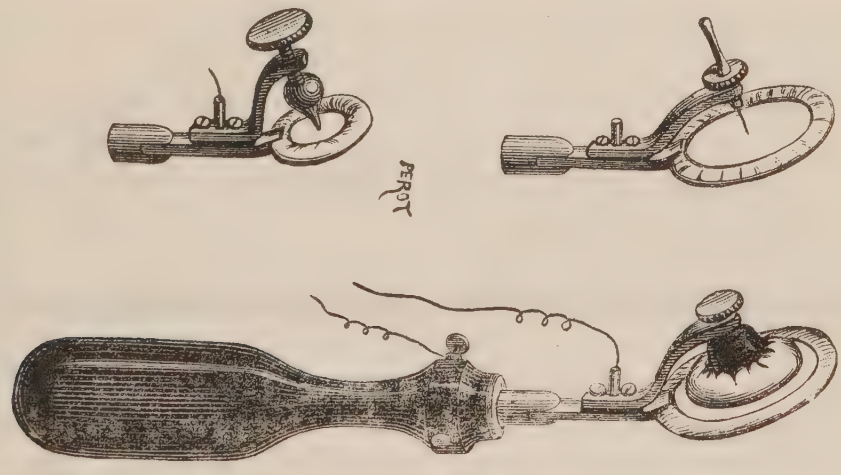
4. Influenz - Maschinen.

Robert Voss (Berlin) hatte 4 verschieden grosse, selbst erregende Influenz-Maschinen, die ausserordentlich gut funktionirten, ausgestellt. Die in jüngster Zeit in Deutschland von Dr. Stein wieder in Anwendung gezogene und auf Grund eigener sowie fremder (Beard und Rockwell sowie Charcot und Vigouroux) günstiger Erfolge mit Nachdruck empfohlene Franklinisation wird wohl am besten mittelst selbst erregenden Influenz-Maschinen ausgeführt.

II. Elcctro - therapeutische Nebenapparate.

Sehr praktische und originelle Elektroden zur Elektrolyse an Körpertheilen, wo eine tiefe Diffusion wirksamer Stromschleifen durchaus nicht wünschenswerth, ja sogar sehr unangenehm werden kann, wie z. B. bei Operationen im Gesichte, an der Kopfhaut wegen der Nähe des Gehirns, der Retina etc. hat Boudet ausgestellt.

Fig. IV.



Dieselben sind Doppelelelektroden und bestehen aus einem an einem bequemen Handgriff angebrachten kreisringförmigen Pole und einer in dessen Centrum gestellte Stahl-Nadel; letztere ist an einem rechtwinklig gebogenen Metallstücke, das durch eine schmale Kautschucklage vom ersten Pol wohl isolirt ist, befestigt. Der Handgriff hat einen Unterbrechungsknopf. Diese Elektroden eignen sich ganz besonders zur Elektrolyse von erektilen Tumoren und Lympfdrüsen-Schwellungen im Gesichte oder am Halse sowie auch bei Balgdrüsen und Chalazeons. Wird die Nadel durch eine knopfförmige Elektrode ersetzt, so kann sie zur stabilen Galvanisation der Nerven und Mus-

keln des Gesichtes, insbesondere bei den verschiedenen Formen der Trigeminus-Neuralgien verwendet werden.

Fig. V.

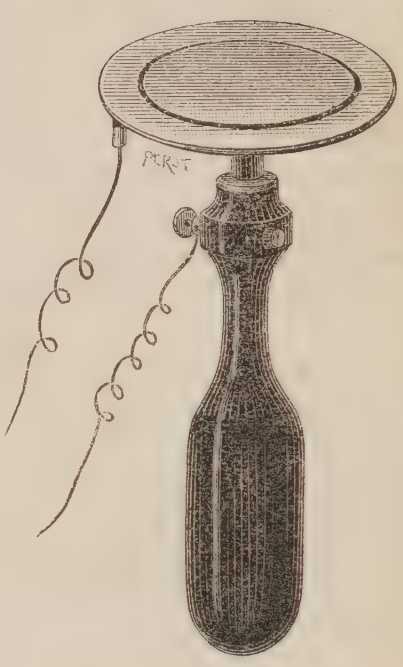
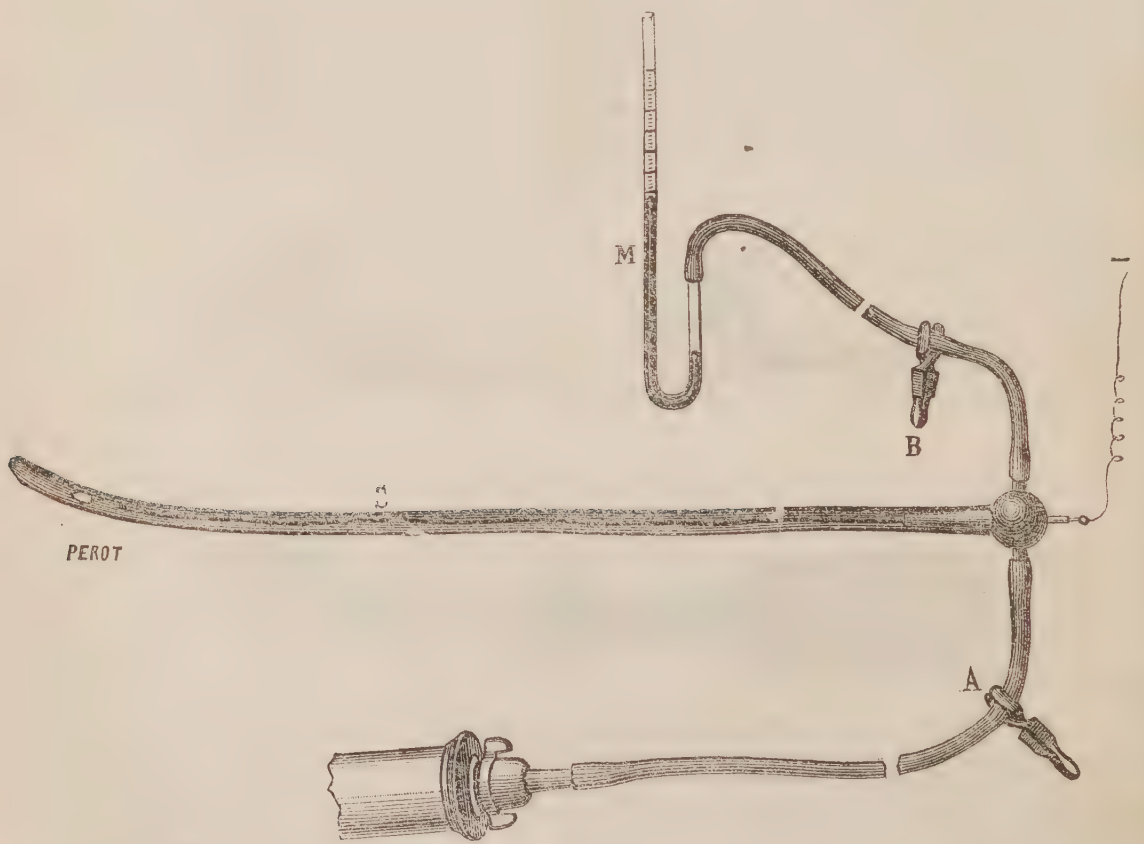


Fig. V. zeigt eine konzentrische flache Elektrode von Boudet, die aus einer Kreisscheibe und einem konzentrischen Kreisringe, von ersterer durch einen schmalen Kautschuckring isolirt besteht. Diese blanke nicht mit einem Ueberzuge versehene Elektrode dient zur Hervorrufung streng lokalisirter Hautzeize, als Hyperämie und Blasenbildung, daher auch der Name sinapisation instantanée resp. vésicatoire instantané galvanique.

Zur stabilen Galvanisation der Blase gebraucht Boudet, um sehr starke Ströme von langer Dauer anwenden zu können, ohne Verbrennungen der Blasenschleimhaut befürchten zu müssen, eine Elektrode, wie sie in Fig. VI. wiedergegeben ist.

Fig. VI.

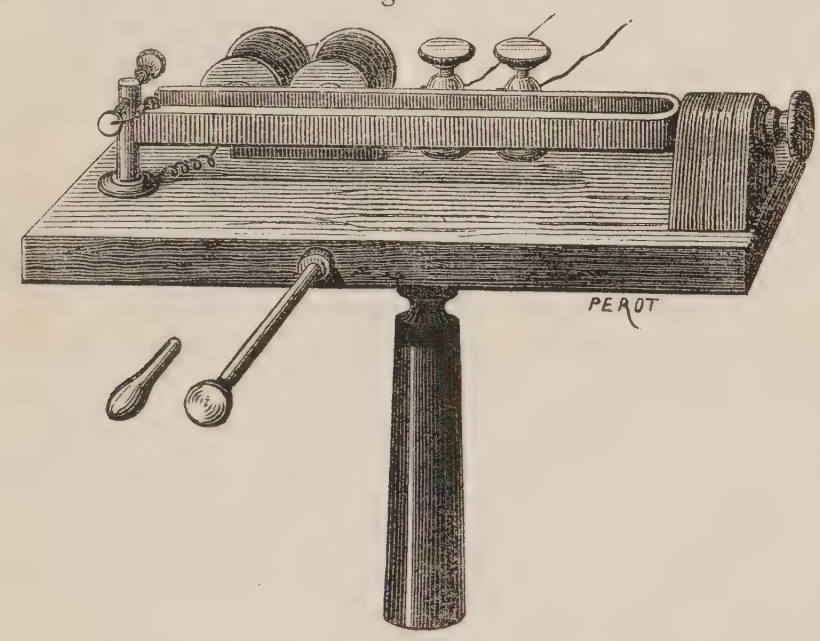


In einem gewöhnlichen Katheter aus Gummi S steckt ein feiner Platindraht, dessen vorderes Ende nicht ganz das Niveau der inneren Sondenöffnung erreicht. Das andere Ende ist mit dem negativen Pol der Batterie durch die Leitungsschnur in Verbindung. Mittelst eines Kautschuckrohres A ist der Katheter mit einem Irrigateur, der mit leicht gesalzenen, lauem Wasser gefüllt ist, verbunden. Dieses Wasser

füllt die Blase und führt allen Punkten derselben den Strom zu, so dass deren Schleimhaut gleichsam einem galvanischen Bade ausgesetzt ist. Mittelst einer grossen Plattenelektrode wird der Strom über den Abdom. geschlossen.

Zur Behandlung von Neuralgien und anderer schmerzhaften Affektionen durch mechanische Vibrationen verwendet Boudet nach dem Vorgange von Mortimer Granville und Vigouroux eine elektrisch montirte Stimmgabel. Auf dem einen Rande des Brettchens (siehe Fig. VII.), auf das der Apparat montirt ist, befindet sich an

Fig. VII.



jenem Punkte, wo die Vibrationen in der grössten Intensität sich fühlbar machen, ein ungefähr 10 Ctm. langer Kupferstab, der in eine kleine Scheibe oder einen Knopf endigt, womit der Apparat auf den schmerzenden Nerven oder Körpertheil applicirt wird.

Für Strommessungen in der Elektrotherapie und Diagnostik kann ich nicht genug das Edelmann'sche absolute Einheitsgalvanometer empfehlen. Es ist das Beste der bisher konstruirten absoluten Galvanometer. Auch ein kleines Taschengalvanometer war von derselben Firma ausgestellt.

Zur Bestimmung des inneren Widerstandes der Elemente sowie von Flüssigkeiten überhaupt sah ich eine von Prof. Kohlrausch angegebene und von E. Hartmann in Würzburg konstruirte und zur Ausstellung gebrachte kombinirte Messbrücke mit Telephon und einem einfachen kleinen Induktorium. Es war ein sehr glücklicher Gedanke von Kohlrausch rasche Wechselströme bei der Bestimmung des Widerstandes von Elektrolyten zu benützen, weil dadurch die störende Polarisation eliminirt ist. Diese Kohlrausch'sche Methode gestattet in so einfacher, rascher und leichter Weise die Bestimmung des Flüssigkeitswiderstandes, wie auch nicht annähernd eine der bisherigen Methoden.

III. Original-Vereinsberichte.

I. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 27. Oktober 1883.

1) **Nicolaus Dubay** (Budapest): *Ueber den gegenwärtigen Stand der Metallotherapie.*

D. sucht das Wesen der Nervenkrankheiten in den Störungen der Quantität der thierischen Electricität, sowie der electrischen Spannung der Nerven. Die Theorie R o m b e r g's, wonach die unter dem Namen der *Hysterie* subsumirten Störungen Reflexneurosen seien, die von der Genitalsphäre ausgehen, sei zu verwerfen, ja sogar der *Ausdruck der Hysterie wäre ganz auszumerzen.* (Es würde damit gewiss vielem Unfuge gesteuert. Ref.)

Die Metallotherapie ist bloss Electrotherapie mit dem grossen Vortheile, dass sie den Indicationen entsprechend *aggressiv und depressiv* einwirken könne, dass ferner die Application einfacher und leichter ist. In *Ungarn* ergab sich nach den Erfolgen D.'s als wirksamstes Metall das Eisen, dann das Zink, das Zinn und das Silber.

Da die Metallotherapie auf physikalischem Wege mehr controllirbar ist als irgend ein anderes Verfahren, darf sie nicht als mystisches Heilverfahren angesehen werden. Diese Methode lässt sich fürderhin nicht ignoriren, und schreitet bewusst vorwärts. Durch die vorangehende, wenn auch zeitraubende, schwerfällige metalloscopische Untersuchung, welche das wirksame Metall ergibt, tritt an die Stelle des Herumtappens zielbewusstes Handeln.

D. hat namentlich in Fällen von Neurasthenie und diffuser Neuralgie geradezu *klassische Erfolge erzielt.*

In Italien und Amerika wird sie nicht nur bei nervösen Zuständen, sondern wegen ihrer aggressiven Wirkung auch bei manchen organischen Erkrankungen, wie Apoplexie, Lähmungen etc. in Anwendung gezogen.

In Deutschland soll das neue Heilmittel desshalb nicht zur Geltung gelangen können, weil es von Frankreich herrühre. (Sollte dieser dem Deutschthume zugemuthete Chauvinismus nicht eher auf den eifrigen Missionär der neuen Lehre: D u b a y anwendbarer sein? (Ref.)

L a d i s l a u s P o l l á k (Grosswardein, Ungarn).

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 10. Dezember 1883.

2) **Westphal:** *Ueber einen Fall von Tumor des linken Schläfenlappens (mit Demonstration des Präparates).*

Ein 45 jähriger Mann wurde 1879 von einem Anfalle betroffen, der nach seiner Schilderung in Unwohlsein, Kopfschmerz in Stirn und Schläfen, Ohrensausen, Gefühl von Ziehen in den rechten Extremitäten und Bewusstlosigkeit bestand. Der Anfall wiederholte sich später oft, von einem in 14 Tagen bis zu mehreren an einem Tage. Sie waren mehrere Jahre ohne Folgen und hinderten ihn wenig an der Aus-

übung seines Berufes. Später trat eine Unsicherheit des Ganges ein, der Kranke taumelte nach hinten. Es wurde wegen dieses Symptomes die Diagnose auf Kleinhirnerkrankung gestellt. In die Charité wurde er bereits in sehr decrepidem Zustande aufgenommen. Die Hauptsymptome waren rechtsseitige motorische Schwäche, Unfähigkeit zu gehen, Taumeln bald nach hinten, bald nach rechts, Stauungspapille, Benommenheit und die beschriebenen Anfälle. *Keine Aphasie.* Im November 1883 trat eine völlige Lähmung des linken Armes auf, die sich am nächsten Tage etwas besserte, doch erfolgte kurz darauf der Tod. Die Section ergab einen colossalen Tumor, der den ganzen linken Schläfenlappen, besonders dessen ganze Markmasse zerstört hatte; die unteren Windungen (Zungenlappen) waren ebenfalls durchwachsen. Nach Munk's Versuchen führt Zerstörung des linken Schläfenlappens zu Taubheit des entegegengesetzten Ohres, und Wernicke behauptet dass bei derartigen Läsionen *constant* das Bild der sensorischen Aphasie (Worttaubheit) entstände, dies sei hier nicht der Fall gewesen. Wenn auch die Rindensubstanz theilweise erhalten war, musste der Tumor jedenfalls die Leitung von der Rinde und nach derselben unterbrochen haben. Der Fall lieferte also nicht einen Beweis für die Richtigkeit des physiologischen Satzes, wenn auch andererseits keinen Beweis dagegen. Immerhin sei es auffallend, dass auch jede motorische Aphasie fehlte, während doch die dritte linke Stirnwindung durch den gleichseitigen enormen Tumor in Mitleidenschaft gezogen sein müsse. Eine Erklärung für dieses Fehlen jeder Sprachstörung bilde vielleicht der Umstand, dass der Kranke im Leben linkshändig war, die Centra der Sprache demnach in der intacten rechten Hemisphäre anzunehmen seien.

Herr Mendel, Herr Richter und Herr Hadlich berichten in der Diskussion von Fällen von Läsionen in der Rinde des linken Schläfenlappens *mit Worttaubheit.* Herr Mendel ist der Meinung, dass bei intacter oder theilweise intacter Rinde noch immer die Functionsfähigkeit erhalten bleiben könne. Es könne ferner die rechte Rinde vicariirend für die lädirte linke eintreten. Herr Westphal: Jedenfalls hätte dann *zu einer Zeit* Sprachstörung bestehen müssen, was nicht Statt fand.

3) **Remak** demonstrirte einen Fall von *Myoclonus multiplex* bei einem 11 jährigen Knaben, der nach Diphtherie mit Lähmung des Gaumensegels, des rechten Abducens und Unsicherheit des Ganges bei fehlendem Kniephänomen erkrankt war. 9 Wochen nach der diphteritischen Affection stellten sich fibrilläre Zuckungen im Oberschenkel ein, die zugleich mit Wiederkehr des Kniephänomens sich steigerten und auf andere Muskeln ausbreiteten. Der Knabe bietet jetzt beim Stehen heftige ruckartige Contractionen des Mm. sternocleidomast., cucullar., biceps, triceps, supinator long. und der Bauchmuskeln., beim Liegen besonders der Bauchmuskeln und Oberschenkelmuskeln bei sonst intacter Motilität und Sensibilität. Zugleich besteht etwas erhöhte Reflexerregbarkeit. Vortr. hält die Affection für eine nicht näher zu definirende im Rückenmark ablaufende Neurose.

4) **Bernhardt** stellt einen 19 jährigen kräftigen Menschen vor, der wahrscheinlich nach einer heftigen Anstrengung vor 4 Jahren an einer *eigenthümlichen Sensibilitätsstörung* erkrankte. Der rechte Arm, rechte Brust bis zur 4. Rippe, und Nacken bis zum Ohre zeigen eine deutliche Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung bei normalem Tast-, Muskel- und Ortssinn. Die Motilität ist bis auf objectiv nachweisbare Schwäche im rechten Arme nicht verändert. Als ein weiteres Symptom führt der Vortr. eine auffällige Knochenbrüchigkeit bei dem Pat. an, der sich bei einfachen Manipulationen einen Bruch der rechten ulna und später eine Absprengung des capitul. radii d. zuzog. Ueber den Sitz und die Art der Erkrankung könne er nur Vermuthungen hegen. (Gliomatöse Entartung der hinteren grauen Substanz, Syringomyelitis.) Matusch (Dalldorf).

IV. Referate und Kritiken.

5) **Sigm. Fuchs:** Zur Hystogenese der menschlichen Grosshirnrinde. (Sitzber. d. K. Ak. d. Wiss. zu Wien. 88. B.)

Verf. hat sich hauptsächlich folgende Fragen gestellt.: In welcher Periode der foetalen oder extrauterinen Entwicklung treten zum ersten Male markhaltige Nervenfasern und zwar vorwiegend die der Hirnoberfläche parallel verlaufenden auf, und in welcher Lebensperiode sind sie an Zahl und Caliber so weit entwickelt, dass die aus ihnen gebildeten Fasersysteme denen des Erwachsenen functionell gleichwerthig erscheinen? In welcher Weise entstehen die markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde des Menschen? Welches ist das Schicksal jener von Exner beschriebenen grossen Ganglienzellen in der obersten Rindenschicht des neugeborenen Kindes?

Das Material für die sorgsamen Untersuchungen lieferten 33 Gehirne vom 6. Foetalmonate bis zum 8. Lebensjahre.

Die Resultate lassen sich kurz dahin zusammenfassen: die Deiters'schen Zellen finden sich in typischer Anordnung schon beim 5 monatlichen Kinde. Beim Neugeborenen sind bereits Pyramidenzellen erkennbar, den 5 schichtigen Rindentypus fand F. zum ersten Male bei einem 7 Monate alten Kinde. Markhaltige Fasern zeigen sich im Marke zum ersten Male gegen Ende des ersten Lebensmonates, in den tiefen Rindenschichten die Radiärbündel im zweiten Monate

Im obersten Rindenstratum findet man die ersten markhaltigen Nervenfasern im fünften Lebensmonate, die zweite Schichte zeigt sie erst nach Vollendung des ersten Jahres, hingegen sind die den fibrae arcuatae angehörigen Associationsfasern der dritten Schichte sicher schon im 7. Monate vorhanden.

Beim 8 jährigen, vielleicht auch schon beim 7 jährigen Kinde zeigen die Markfasern in Rinde und Mark die gleiche Anordnung wie beim Erwachsenen.

Jene Markfasern der Rinde treten zuerst auf, welche später die

dicksten sind; die einzelne Faser nimmt im Laufe der Entwicklung an Caliber zu. Eine unzweifelhafte Theilung einer markhaltigen Faser wurde niemals beobachtet. Die erwähnten grossen Zellen von Exner an der Rindenoberfläche konnte F. nicht auffinden.

Zum Schlusse weist Verf. nach, dass die verschiedene zeitliche Entwicklung der Nervenfasern auch ganz gut die von Meynert aufgestellte Hypothese über die functionelle Dignität der einzelnen Fasersysteme des Gehirnes zu stützen vermöge.

Obersteiner (Wien).

---

6) **Knud Pontoppidan** (Kopenhagen): Kasuistische Meddelelser fra Kommunehospitalets 6. Afdel. (Hospit-Tidende 1883. Nro. 45.)

I. *Deliria post parotit. epidemic.*

Die drei Fälle — der dritte wird nach mündlicher Mittheilung des Prof. Trier berichtet — kommen darin überein, dass die schweren Gehirnsymptome: Verwirrung, Hallucinationen, im zweiten Fall ausgesprochene Grössendelirien — während des Verlaufs einer metastatischen Orchitis auftraten, während die Schwellung der Parotis bereits völlig oder nahezu geschwunden war. Auch bestand während der Geistesstörung kein Fieber. In allen drei Fällen erfolgte vollständige Genesung.

II. *Tilfaelde af Hjerneabsces, beliggende i de motorische Centrers Region og udgaaende fra putrid Bronkitis.* (Fälle von Hirnabscess in der motorischen Region gelegen und von putrider Bronchitis ausgehend.)

Es werden drei bezügliche Krankengeschichten mit Sectionsbefund mitgetheilt. Im *zweiten* Fall wurden einige Tag lang wenig ausgedehnte klonische Contractionen, meist in der Form rhythmischer Extensions-Flexionsbewegungen in den total paralysirten Extremitätenmuskeln sowie auch in den Gesichtsmuskeln, also *Chorea posthemiplegia*, beobachtet, ausserdem aber Anfälle von stärkeren schmerzhaften klonischen Krämpfen der ganzen paralysirten *linken* Körperhälfte bei gleichzeitigem Verlust der Sprache, während ausserhalb dieser Anfälle keine Aphasie bestand. In diesem Falle befand sich der Abscess in der Grösse einer Wallnuss an der Convexität der *rechten* Hemisphäre am Uebergange zwischen vorderer Centralwindung in die obere Stirnwindung. Zugleich fand sich mitten in der Marksubstanz des linken Hinterlappens ein kleinerer Abscess. Dehn (Hamburg).

---

7) **Emanuel Herczel:** Einige seltene Formen der Aphasie. (Aus Charcot's Klinik in Paris.) (Orvosi Hetilap 1883. Nro. 27.)

H. P. 35 jähriger Fabrikant bewegte beim Lesen immer seine Lippen und murmelte das Gelesene nach. Neurotische Belastung fehlt. Seit seinem 15. Jahre leidet er jedoch an monatlich 3—4 mal wiederkehrenden heftigen Migräne-Anfällen, welche mit einem Erbrechen aufhören. Nach einer Verstimmung und Aufregung bei einer Jagd sank er bewusstlos zusammen. Darauf Gedächtnissabnahme, Lähmung

der rechten Extremitäten, lallende Sprache und Verwechslung der Worte. Nach 4 Tagen Abnahme der Lähmung, jedoch bleibend ein Nachschleppen der unteren Extremität.

Im selben Monate (Oktober 1882) bemerkte er, dass er seine eigene Schrift nicht lesen könne obwohl die Schriftzüge sich wenig veränderten, und bloss etwas kindischer ausfielen. Andere Drucksorten konnte er auch nicht lesen. Am 9. November konnte er schon — beim Billardspielen — nur die linke Hälfte des Brettes übersehen. Bei seiner Aufnahme am 3. März d. J. war bloss diese *Hemianopsie* und die Unfähigkeit seine Schrift oder Druck zu lesen, zugegen.

Patient kann, ohne orthographische Fehler, fliessend schreiben *und zwar auch bei geschlossenen Augen, da er meint, dass auch bei offenen Augen selbe geschlossen sind.* Wenn er aber — schon während der Besserung — seine Schrift entziffern wollte, zeichnete er mit dem rechten Zeigefinger zuerst die Buchstaben in die Luft: *das Lesen konnte er nur unter Controlle der Buchstaben-Begriffe bewerkstelligen.* Das originär vorhandene Muskelgefühl spielte hiebei die Hauptrolle. Nach Electrisirung des Sympathicus wesentliche Besserung des Lesevermögens ohne Bewegung der Lippen. X, Y, Z blieben ihm jedoch weiter unkenntlich. Er konnte sie wohl abschreiben, aber aus Worten nicht herausbuchstabiren. *Die Hemianopsie verschlimmerte sich fort.*

Bei dieser Form der Aphasie sind folglich *die durch den Gesichts-Sinn erlangten Begriffe ungenügend* zum Lesen. Das Lesen ist bloss möglich beim Nachschreiben, Zeichnen der Buchstaben.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

8) **Gius. Puarini:** Note istologiche sulla meningite tubercdlare. (Arch. p. l. scienc. med. VII. |6 H.)

Es wurden im Ganzen 12 Fälle von tuberc. Meningitis untersucht; es fand sich jedes mal Endarteritis acuta, welche gelegentlich zur Obliteration führte, ferner hyaline Degeneration der Gefässe in den Tuberkeln und im Exsudate; diese hyalinen Massen, deren Natur G. unbestimmt lässt, fanden sich entweder zwischen Intima und Membrana fenestrata, oder zwischen letzterer und Muscularis abgelagert; kleine Arterien waren gelegentlich auch gänzlich hyalin degenerirt. Es fand sich weiterhin tuberculöse Infiltration der cerebralen und spinalen Nerven im Laufe ihrer Lymphbahnen, auch einzelne Tuberkelknoten kamen in ihnen zur Beobachtung. Constant war die Anwesenheit von Tuberkelbacillen auch bei primärer Meningitis, ihre Anzahl war eine sehr wechselnde. Obersteiner (Wien).

---

9) **Paul Dignat** (Bordeaux): Sur quelques symptômes qui peuvent se montrer chez les hémiplégiques du côté opposé à l'hémiplegie. (Ueber einige Symptome, die sich bei Hemiplegischen auf der nicht gelähmten Seite zeigen können.) (Le Progrès méd. 1883 Nro. 39, 40 und 41.)

Verf. macht die bisher nicht genügend gewürdigte Thatsache, dass bei der in Folge cerebraler Erkrankung entstandenen Hemiplegie

auch die nicht gelähmte Seite gewisse Störungen der Motilität und Ernährung zeigen kann, zum Gegenstand eingehender Erörterung. Er beruft sich dabei auf die von seinem Lehrer Pitres gemachten Studien und fügt seine eigenen Beobachtungen und Erfahrungen hinzu.

Was die *obere Extremität* der sog. gesunden Seite anlangt, so lässt sich an derselben, trotz anscheinend normalem Verhalten, ein erheblicher Kraftverlust nachweisen. Sie ist stets schwächer als vor dem Beginn der cerebralen Attaque. Pitres hat bereits in einer früheren Arbeit auf seine diesbezüglichen dynamometrischen Untersuchungen hingewiesen, welche ergeben, dass die obere Extremität der intacten Seite im Mittel 38,5% ihrer Kraft einbüsst. Diese Verminderung ist nicht den allgemeinen Ernährungsstörungen zuzuschreiben, welche in Folge der Ruhe, zu welcher die Hemiplegischen gezwungen sind eintreten; denn sie ist um so erheblicher, je frischer die Hemiplegie ist. Dagegen beobachtet man an diesem Gliede niemals andere functionelle Störungen (epileptoides Zittern, secundäre Contracturen) wie sie auf der entsprechenden Extremität der kranken Seite vorkommen.

An den unteren Extremitäten können die mannigfachsten Störungen (Muskelschwäche, functionnelle Impotenz, Steigerung der Sehnenreflexe, epileptoides Zittern, secundäre Contracturen) auf beiden Seiten mehr oder minder stark ausgeprägt vorkommen. In allen Fällen wird eine Abnahme der Muskelkraft des nicht gelähmten Beines wahrgenommen, welches im Durchschnitt einen Kräfteverlust von 50% aufweist. Derselbe kann zuweilen noch erheblicher sein, so dass das gelähmte Bein mit dem Dynamometer nachweisbar kräftiger ist als das gesunde.

Mit „*Impotence fontionelle*“ bezeichnet Verf. einen Zustand von Gehstörung, den er unter 20 Hemiplegischen 4 Male beobachtet hat. Während die Kranken in der Bettlage mit den Extremitäten der gesunden Seite alle möglichen Bewegungen ausführen, die Beine heben, strecken und beugen können, sind sie dennoch ausser Stande, zu gehen oder sich aufrecht zu erhalten. Eine ausreichende Erklärung dieses Verhaltens vermag er nicht anzugeben.

Auftreten von *Decubitus* an den Gesässmuskeln beider Seiten gehört bei schwerer Hemiplegie nicht zu den seltenen Vorkommnissen. Unter den 21 Fällen von acutem Decubitus hat Charcot 5 Male beide Glutaealpartien afficirt gesehen. Verf. beobachtete im letzten Jahre 2 derartige Fälle.

Was das *Verhalten der Sehnenreflexe* betrifft, so geht aus den Beobachtungen hervor, dass der Patellarreflex fast immer auch auf der gesunden Seite gesteigert ist. Diese Steigerung kann mit Beginn des apoplectischen Anfalls gleichzeitig an beiden unteren Extremitäten auftreten.

Das *epileptoide Zittern*, welches häufig die gelähmte Seite befällt kann auch auf der gesunden Seite vorkommen, aber nur an der untern Extremität. Es stellt sich entweder spät mit dem Eintritt secundärer Contracturen oder bald nach dem apoplectischen Insult ein.

Die secundäre Contractur kommt gewöhnlich nur auf der von

der Hemiplegie befallenen Seite vor. Es sind indessen auch Fälle von Contractur des afficirten Armes und beider Beine beobachtet. Erst kürzlich veröffentlichte Féré eine klinische Beobachtung von bilateraler Contractur der untern Extremitäten im Verlaufe einer cerebralen Hemiplegie. Verf. citirt gleichfalls bei dieser Gelegenheit 2 hierher gehörige Fälle. Die obere Extremität der nicht gelähmten Seite wird niemals von secundären Contracturen oder anderen schweren und bleibenden Motilitätsstörungen betroffen. Diese Thatsache lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass die zugehörigen Pyramidenbündel sich stets regelmässig kreuzen, was mit demjenigen Theile derselben, der zu den untern Extremitäten in Beziehung steht, nicht immer der Fall ist.

Rabow (Berlin).

---

10) **W. Zenker** (Bergquell bei Stettin): Mittheilung über eine bisher noch nicht beschriebene Beschäftigungsneurose. (B. kl. W. 83 Nro. 41.)

Verf. macht auf eine bei den Kartoffeln-Feldarbeitern häufig vorkommende Neurose aufmerksam, bestehend in einer mehr oder weniger hochgradigen *Gefühls- und Bewegungslähmung* von *Fuss* und *Unterschenkel*. Dieselbe kommt durch die Compression der grossen Unterschenkelnerven zu Stande, wozu durch die kniehockende Stellung der „Kartoffelbuddeler" reichliche Gelegenheit ist. — Die Dauer des Leidens ist zuweilen Jahre lang, doch gestaltet sich die Prognose im Allgemeinen günstig. — Z. bringt 5 Krankheitsgeschichten und fordert zu weiteren Mittheilungen auf.

Langreuter (Dalldorf).

---

11) **Ed. Gontermann** (Halver): Verlauf eines Falles von Tetanus traumaticus unter Curare-Einspritzungen. (B. kl. W. 83 Nro. 44.)

Einem $4^1/_2$ jährigen Knaben wurden im Verlauf einiger Tage ca. 0.1 Crurare mit günstigem Erfolg injicirt.

Langreuter (Dalldorf).

---

12) **C. B. Burr** (Pontiac): A case of primary monomania. (Primäre Verrücktheit.) (Extr. from the Americ. journ. of the med. scienc. for July 1883.)

Die Geschichte eines primär Verrückten, die durch ihre auffallende Uebereinstimmung mit der Guiteau's von Interesse ist. Hier wie dort findet sich die neuropathische Constitution, das schon frühzeitige Umherirren, der masslose Egoismus, verbunden mit einer übertriebenen Meinung vom eigenen Werthe. Beide sind äusserst schreibselig und reisen ohne Erfolg als Lectoren im Lande umher, beide vollführen einen wohlbedachten Mordanfall aus einem ostensiblen Motiv (in dem vorliegenden Falle die eingebildete Vorenthaltung oder Hintertreibung einer Pension) nachdem sie zweimal von ihrem Vorhaben abgeschreckt worden sind, beide treffen Massregeln, um sich nach Begehung des Verbrechens in Sicherheit zu bringen und beziehen sich auf eine Inspiration, beide geben sich selbst für geisteskrank aus,

der eine, um der Strafe zu entgehen, der andere, um eine Pension zu erhalten. In beiden Fällen endlich ist eine Abschwächung der geistigen Functionen kaum wahrzunehmen. Der in Rede stehende Kranke führte seine That kaum 5 Monate nach der Hinrichtung Guiteau's aus.

Kron (Berlin).

---

13) **Langreuter** (Dalldorf): Wahnsinn. (Eulenburg's Real-Encyclop.)

Ein ebenso kurzer wie gut geschriebener Artikel, der in der Hauptsache die Wandlungen reproducirt, die der Begriff „Wahnsinn" durchgemacht hat. Verf. ertheilt schliesslich den Rath das Wort „Wahnsinn" ganz fallen zu lassen, weil es eigentlich niemals ein berechtigtes abgeschlossenes Krankheitsbild bezeichnet habe.

Erlenmeyer.

---

14) **Zacher** (Heidelberg): Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. (Ueber einzelne Symptome resp. Symptomengruppen die im Anschluss an paralytische Anfälle auftreten.) (Arch. f. Psych. und Nervenkr. XIV. 3. p. 463.)

Dass so verschiedenartige Symptomengruppen sich in und nach den paralytischen Anfällen entwickeln können hält Verf. als einen naheliegenden Beweis dafür, dass der Prozess des Anfalls sich bald auf diesen bald auf jenen Abschnitten der Grosshirnrinde abspiele. Der Prozess könne viele verschiedene Rindenpartien betreffen und liese für gewöhnlich keine gröberen anatomischen Veränderungen zurück, wie dies aus der Flüchtigkeit vieler Anfallssymptomen erhelle. Die Frage der Art und des Wesens des Prozesses sei noch eine durchaus ungelöste. — Dies ungefähr ist der allgemeine Standpunkt Zacher's betreffs der paralytischen Anfälle. Folgende einzelne Gebiete werden näher erörtert:

1. Das Verhalten der Sehnen- und Haut-Reflexe bei und nach paralytischen Anfällen. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass zwischen den *Erscheinungen auf motorischem Gebiete* während der Anfälle und den *Sehnenreflexen* ein inniger Connex bestände, derart dass die letzteren stets gesteigert erschienen auf *der* Körperhälfte, auf welcher sich motorische Reizerscheinungen abspielten, und zwar selbst dann noch wenn neben den Reizerscheinungen auch Lähmungen aufträten, dass aber umgekehrt dieselben schwächer seien resp. vollständig verschwänden auf jener Körperhälfte wo *nur* motorische Lähmungszustände zu constatiren seien. Bei schon vor den Anfällen gesteigerten Sehnenreflexen träte weitere Steigerung auf, bei bereits vorher erloschenen Reflexen würden dieselben durch die Anfälle nicht wieder hervorgerufen. — Ein *ähnliches Verhältniss* bestände zwischen *Hautreflex* und *Sensibilität* resp. Schmerzgefühl, d. h. die Hautreflexe fehlten oder seien herabgesetzt auf jener Körperhälfte, wo Schmerzgefühl erloschen oder abgestumpft sei. — Zur Erklärung dieses eigenthümlichen Causalnexus benutzt Z. die von Schwarz aufgestellte Hypotese, dass die Destruction oder Reizung eines motorischen oder sensiblen Theiles des Gehirns

die betreffenden Reflexcentra im Rückenmark in Mitleidenschaft zieht. Eine solche lähmende oder reizende Ursache sei durch den paralytischen Anfall gegeben. Z. setzt dabei den Reflexcharacter der Sehnenphänomene voraus.

2. *Ueber einige im Anschluss an paralytische Anfälle auftretende Störungen auf motorischem Gebiet.* — Die hier von Z. gewonnenen Resultate sind in Kürze folgende: Es traten im Anschluss an paralytische Anfälle motorische Reizerscheinungen auf, die sich in Neigung zu *Muskelspannungen, Starre* und *Contracturen* aussprechen, sie sind meistens einseitig und treten hauptsächlich bei passiven Bewegungen hervor. Ihre Erklärung liegt in der Annahme von Reizzuständen in bestimmten Rindenpartien. Ausserdem kommen zweckmässig geordnete *coordinirte Bewegungen* vor, welche den *Character* des *Gewollten, Intendirten* tragen. Es liegen denselben entweder auch bloss Reizzustände der Rinde oder Parästhesien und unklare Sinneseindrücke zu Grunde. Schliesslich sind zu erwähnen *Störungen* des *Muskelsinnes* und das sog. Prévost'sche *Symptom*, d. i. conjugirte Kopf- und Augendrehung nach der Seite, wo ausschliesslich motorische Reizerscheinungen sich abspielen. Betreffs der

3. *Sehstörungen bei und nach paralytischen Anfällen* kommt Z. zu folgenden Ergebnissen: Es giebt Zustände von reiner *Seelenblindheit*)* die meist doppelseitig zugleich mit rechtsseitigen Störungen der Motilität und dysphasischen Erscheinungen auftreten, ferner *doppelseitige Sehstörungen* (wahrscheinlich wahre *Hemianopsien*) und schliesslich *combinirte Formen.* Ob Fälle von rein einseitiger Amaurose vorkommen ist höchst zweifelhaft. (Bezüglich der Details dieses ausführlich behandelten Capitels muss ich auf die Originalarbeit verweisen. Ref.)

4. *Ueber eine im Anschluss an paralytische Anfälle auftretende vasomotorische Störung* berichtet Zacher zuletzt. Dieselbe wurde in 2 Fällen constatirt und bestand in einer *Transsudation von seröser Flüssigkeit* in Hautpartien die man mit einem stumpfen Instrument leicht gedrückt hatte, oder in die Hautumgebung eines frischen Nadelstichs. Nach einiger Zeit verschwand die Erhebung. Denselben gingen voraus zuerst Blasswerden, dann intensive Röthung der Haut wie beim Trousseau'schen Phänomen. Langreuter (Dalldorf).

---

15) **Hjertström:** Fall af främmande kropp i Uterus hos en sinnessjuk. (Fall von Fremdkörper im Uterus einer Geisteskranken.)

(Hygiea 1883. Nro. 6.)

Eine nicht mehr menstruirte Arbeiterin von 45 Jahren, nicht verheirathet gewesen, jedoch Mutter dreier Kinder, litt seit ihrer Pubertät an periodischer Manie mit vollständig klaren Zwischenräumen. In den letzten Jahren machte sich ein übelriechender Ausfluss aus den Genitalien geltend. Bei genauerer Untersuchung erwies sich in der Uterushöhle ein Fremdkörper, bestehend aus einem messingnen röhrenförmigen Aufsatz mit breiter Krempe von einem Messingleuchter.

---

*) S. Stenger: Die cerebralen Sehstörungen der Paralytiker referirt in d. Centralbl. V. Jahrg. p. 459.

Der cylindrische Theil war $1^1/_2$ Ctm. lang und hatte einen Durchmesser von 2 Ctm. Die senkrecht zur Röhre stehende Platte 4 Ctm. Durchmesser. Der Gegenstand konnte nur nach einer Geburt, deren letzte vor 12 Jahren stattgefunden, hineingerathen sein. Offenbar war der Leuchter in masturbatorischer Absicht in die Genitalien eingeführt worden und der obere lose aufsitzende Aufsatz im Uterus stecken geblieben. Buch (Helsingfors).

---

16) v. **Krafft-Ebing:** Oeffentliche Gewaltthätigkeit und gefährliche Drohungen, zweifelhafter Geisteszustand. (Verfolgungswahn, Querulanten-Irresein.) (Friedreich's Bl. f. ger. Med. 34. Jahrg, 4 H. Juli Aug. 1883.)

Der wegen Verbrechens der öffentlichen Gewaltthätigkeit in Untersuchung stehende Mathias Z., geboren 1836, verheirathet, hat den Leumund eines rohen, sehr jähzornigen Menschen, der seine Frau schon häufig gemisshandelt und zur Flucht gezwungen hat. Auch ist er öfters wegen Wilddieberei verurtheilt. Aug. 1882 wurde sein Grundstück subhastirt und einem Gläubiger V. zugeschlagen. In einem Process gegen seine Schwägerin benimmt sich Z. unverständig vor Gericht, macht eine unverständige Klageeingabe im Oktober 1882. Januar 1883 wegen Bedrohung der Frau verhaftet, behauptet er seine Unschuld, will dem Gericht in G. überwiesen werden und macht den Eindruck eines vollkommen verwirrten Menschen. Z. hält die ihn explorirenden Gerichtsärzte für Rechtsanwälte und erzählt in ermüdender Breite seine endlosen Processe. Er ist der ehrlichste, gutmüthigste Mensch von der Welt und das Opfer raffinirter Feinde und Gauner, namentlich des Gemeinde-Vorsteher R., der ihn seit 20 Jahren wegen der Heirath hasse. Die Schwägerin, die er bei sich aufgenommen, habe ihn bestohlen und die Frau gegen ihn aufgehetzt. Als er gegen sie klagbar wurde, wusste sie den Bezirksrichter auf ihre Seite zu bringen. Dieser intriguirte auch in Graz gegen ihn, sodass er nicht einmal beim Oberlandesgericht mit seinen Klagen durchdringen konnte. Seine Frau halte es mit dem U. Sobald er aus der ungerechten Haft erlöst sei, werde er seine Gegner verklagen und bis zum Kaiser gehen. Bei der Andeutung, dass man ihn nicht für ganz gescheut halte, wird er blass vor Zorn.

Da Z. ein Findelkind ist, so ist über seine Abstammung Nichts zu eruiren. Er besitzt grosses Selbstgefühl. Z. ist übermittelgross, ohne Degenerationszeichen, ohne Erkrankungen der vegetativen Organe. Horizontalumfang des Schädels $56^5/_{10}$, Längsumfang 34, Querbogen $36^5/_{10}$, Ohrkinnlinie $33^5/_{10}$. Die Miene ist morös, unheimlich, der Blick stechend, verwirrt.

Gutachten. M. Z. ist seit einer Reihe von Jahren psychisch krank, leidet an Wahnideen der Verfolgung und falschen Deutungen der Vorgänge in der Aussenwelt. Der Verfolgungswahn mit der Nuance des Querulanten-Irreseins hat sich in den letzten Jahren gesteigert und zu den incriminirten Akten Anlass gegeben. Z. ist gemeingefährlich und bedarf der Versorgung in einer Anstalt.

Landsberg (Ostrowo).

---

17) **A. Kraus** (Tübingen): Simulirter Wahnsinn. (Friedreich's Bl. f. gerl. Med. 1883. 34 Jahrg. 5. H. Septemper und October 1883.)

Geschichtserzählung. C. B. Kaufmann v. R. am N. geboren 1857, unehelicher Sohn der ledigen C. B., besuchte die Realschule seiner Vaterstadt und zeigte gute Anlagen. Nach dem Austritt aus der Schule kam er zu dem Kaufmann A. in B., den er bestahl, wesshalb er vor der Zeit entlassen und mit 8 Tagen Gefängniss bestraft wurde. Die Mutter wird als eine harte, heftige aber energische Frau geschildert. Ein zweiter Lehrherr in R. fand ihn unerträglich, seinen Blick unheimlich. Nach einem zweiten Diebstahl, der ihm nicht bewiesen wurde, zog er planlos in der Welt herum und kam 2 mal nach Genf. Das zweite Mal trat er von allen Mitteln entblösst, bei dem Gärtner D. D. in Kost und Wohnung. Er blieb demselben gleich das Kostgeld von $1^1/_2$ Fr. schuldig und wurde durch den Lehrjungen gemahnt. Da erkrankten Lehrmeister und Lehrjunge im April 75 nach dem Genusse einer vom Lehrherrn bereiteten Welschkornsuppe, die einen unangenehmen, gesalzenen Geschmack gehabt haben soll, an heftigem Erbrechen. Der Knabe genass bald wieder in mütterlicher Pflege. Auch der viel heftiger erkrankte Kostherr war schon ausser Gefahr, als er in der Nacht vom 9—10. April plötzlich verstarb. Die chemische Analyse des Mageninhalts ergab essigsaures Blei und eine grosse Menge weissen Arseniks. B. wurde flüchtig und von einem Reisegefährten, dem er Enthüllungen gemacht hatte, dem Statthalteramte in Luzern angezeigt. Auf dem Transport nach Genf entsprungen, begann er wieder seine Wanderung wurde in Bremen wegen Diebstahls verhaftet und in seine Vaterstadt abgeliefert. Nach hier geschlossener Voruntersuchung, wurde er am 5. April in Tübbingen wegen eines vollendeten und eines versuchten Mordes zu 15jähriger, in der Strafanstalt für jugendliche Verbrecher in Heilbronn zu erstehender Gefängnissstrafe verurtheilt. Während er den Erfolg einer Nichtigkeitsbeschwerde abwartete, fing er am 27. April an, irre zu reden, Selbstmordversuche zu begehen und das Gefängniss zu beschädigen. Auf Fragen antwortete er „oui oder non“ schrieb Carl Lucifer, als er zum Schreiben aufgefordert wurde und sagte zuletzt „je ne sait pas Belzebub.“

Psychiatrische Exploration. 1. Der Gesammteindruck der Persönlichkeit ist ein möglichst ungünstiger, insofern sich mit bubenhafter Unreife der Gesichtszüge ein tückischer, umheimlicher Blick und auffallende Blässe verbindet. Er verhält sich völlig passiv, den Blick gesenkt, die Augen fast geschlossen. Er bejaht durch Kopfnicken, dass er den Gerichtsarzt kenne und antwortet, als er ihn nennen soll mit gedämpfter Stimme „Belzebub.“ Andere Fragen beantwortet er stets nach einigem Zögern mit „ich weiss nicht.“ Als er dem Gerichtsarzt ins Gesicht sehen soll, thut er dies mit starkem Nachobenrollen der Augäpfel. Nach vergeblichen Versuchen einer Unterredung, richtet der Gerichtsarzt eine Ansprache an den Verhafteten, in der er zunächst bedauert, dass ein Mensch von so tüchtigen Geisteskräften auf einen falschen Weg gerathen sei, dann aber ihm versichert, dass er sich durch sein albernes Benehmen ganz und gar nicht dazu bestimmen

lasse, ihn für geisteskrank zu halten. Von da ab sprach B. nichts Ungereimtes mehr und schien beschämt. Vor dem Explorationsbesuche sprach er viel vom Belzebub, Mephistopheles, Lucifer, war Kaiser, oder vielmehr grösser, als der Kaiser, führte aber zusammenhängende Reden, behauptete einmal, alles Essen sei vergiftet. Seine Bleistiftscripturen zeugen von tüchtiger Begabung und guter formeller Bildung.

Ist Explorat ein Verrückter oder ein Simulant? Folgende Gründe sprechen für die letzte Alternative. 1. Das plötzliche Entstehen des Irrsinns, von dem die Schriftstücke keine Spur enthalten. 2. Das rasche Durchlaufen der drei Stadien: a. Tobsucht, b. Grössenwahn combinirt mit Giftwahn, c. Schwachsinn oder melancholische Depression. 3. Dem zweiten Stadium fehlt die plastische Vollendung; auch ist die Satanas-Synonymik verdächtig. 4. Das dritte Stadium ist als bestimmte Krankheitsform nicht erkennbar. 5. Die kurzen Antworten erfolgten nicht prompt genug. 6. Das Augenverdrehen ist unwesentlich. 7. Absolute Gewissheit folgt aus der momentanen Wirkung der gerichtsärztlichen Anrede. Nach verworfener Nichtigkeitsbeschwerde, wurde C. B. am 9. Mai in die Strafanstalt eingeliefert. K. schliesst seine Mittheilung mit einer längeren Erörterung der psychologischen Bedingungen der Simulation im vorliegenden Falle.

Landsberg (Ostrowo).

V. Miscellen.

18) **W. Sommer** (Allenberg): Beiträge zur Kenntniss der criminellen Irren. (Allg. Zeitschr. f. Psych. B. 40. H. 1 und 2.)

Die sehr ausführliche Arbeit bringt zunächst ein Verzeichniss derjenigen criminellen Irren, die in den ersten 30 Jahren (1852—82) in die Provinzialirrenanstalt Allenberg (Ostpreusen) aufgenommen worden sind. Es waren dies soweit sich nach den Anstaltsakten ermitteln liess, 111 Personen, 84 Männer und 27 Weiber, 3,9% der Geisteskranken in Allenberg, während nach der allg. Volkszählung vom 1. Dezember 1871 von der nicht irren Bevölkerung Ostpreusens nur 0,15% Verbrecher sind. Unter Irren befinden sich also etwa 25 mal so viel Verbrecher als unter einer gleichen Zahl nicht geisteskranker Individuen. Das Verhältniss der Geisteskranken detenirter Männer zu den Frauen ist 2,62:1, das der geistesgesunden detenirter 2,88:1, die weiblichen Verbrecher scheinen also ebenso häufig psychisch zu erkranken wie die männlichen. Die Häufigkeit der Combination von Geistesstörung und Verbrechen zeigt sich noch deutlicher, wenn man nicht die Summe aller Aufnahmen, sondern den Bestand in Rechnung zieht. Demnach würde sich (mit Berücksichtigung auf die von anderen Autoren gefundenen Zahlen) die Menge der in einer Irrenanstalt gerichtlich detenirten auf etwa 6% des Bestandes, 8% der Männer und 3—4% der Weiber schätzen

lassen. Dieser grössere Prozentsatz erklärt sich dadurch, dass von den übrigen Irren die nicht Geheilten und nicht Gemeingefährlichen im allgemeinen nach constatirter Unheilbarkeit entlassen wurden, was bei den detenirten nicht der Fall ist. Der absolute Unterschied zwischen beiden Geschlechtern ist durch die an und für sich grössere Zahl der männlichen Verbrecher bedingt.

Was den Civilstand der criminellen Irren betrifft, so ist kaum $^1/_3$ derselben verheirathet gewesen. Wenn man berücksichtigt, dass in der normalen Bevölkerung die verheiratheten Personen mehr als die Hälfte aller Individuen über 15 Jahre ausmachen, so ergiebt sich wiederum daraus die Schutzkraft der Ehe, wenn auch wohl nur durch Fernhalten schädlicher Einwirkungen.

Von den Prädispositionen zur geistigen Erkrankung ist Heredität nur bei 22% der criminellen Irren erwähnt, während die übrigen Allenberger Aufnahmen 30% davon zeigen. Die Häufigkeit der nachgewiesenen erblichen Belastung ist bei beiden Geschlechtern etwa dieselbe; auf 80 Männer 18, auf 27 Weiber 6 Hereditarier. Mehrere der detenirten sind von Kindheit an psychopathisch gewesen. Mindestens 5 Männer und 1 Frau sind stets imbecill gewesen, 3 von ihnen sind Jahre lang verkannt und während ihres Zuchthausaufenthalts mit den häufigsten und schwersten Disciplinarstrafen belegt worden. 2 Epileptiker die schon in der Kindheit erwiesenermassen Anfälle gehabt und zweifellos lange vor Begehung ihres Verbrechens nicht mehr zurechnungsfähig waren, haben längere Zuchthausstrafen verbüsst, bis sie als geisteskrank erkannt wurden. Weitere besonders häufig ursächliche Momente sind ausser der hereditären Belastung Trunksucht und Hirnerschütterung resp. Schädelverletzung. 35% der männlichen und 3,7% der weiblichen criminellen Irren wurden als Potatoren bezeichnet. Diese Zahlen sind indessen noch viel zu gering. Nach der persönlichen Ueberzeugung des Verf.'s beträgt die Zahl der Potatoren unter den irren Verbrechern etwa 70%, unter den verbrecherischen Irren etwa 40%; für Frauen natürlich sehr viel weniger.

Kopfverletzung findet sich als ätiologisches Moment bei 12,5% der Männer und 7,5% der Weiber.

Es ergiebt also die Anamnese der 111 criminellen Irren an ätiologischen Momenten: als Zeichen von Jugend auf bestehender oder wenigstens drohender Störung der psychichen Funktionen 6 mal Imbecillität, 2 mal Epilepsie, wozu noch 5 Fälle kommen, in denen der postepileptische Schwachsinn bereits in der Untersuchungshaft erkannt worden ist, 24 mal hereditäre Belastung, 28 mal Trunksucht, 12 mal Kopfverletzung, 24 mal langjährig vagabondirender und verbrecherischer Lebenswandel, 17 mal excentrischer, reizbarer Character. Diese 118 belastenden Factoren vertheilen sich auf 71 verschiedene Individuen. 36 mal konnte Prädisposition nicht nachgewiesen werden, ohne dass man sie deshalb — wie bekannt — auszuschliessen hatte. Verf. ist sogar der Ansicht, dass — von den verbrecherischen Irren natürlich abgesehen — auch unter den irren Verbrechern nur sehr wenige vor Verübung ihrer That völlig normal gewesen sind, dass

also die Haft nur die bereits drohende Geistesstörung zu schnellerer Reife gebracht hat. So sind allerhöchstens 24% der irren Sträflinge in Folge der Haft psychisch erkrankt. Damit wird nicht in Abrede gestellt, dass das Strafanstaltsleben den Ausbruch einer Geistesstörung fördert. In der Aussenwelt erkrankt durchaus nicht jeder Belastete. Man rechnet auf 250 Einwohner immer 1 Irren, in Strafanstalten kann man aber mit ziemlicher Sicherheit schon einen solchen auf 20, mindestens 40 Sträflinge annehmen. Die Morbidität ist also dort ungefähr 10 mal so gross als in der Aussenwelt. Die Isolirhaft an sich ist übrigens nicht so gefährlich als man sonst annimmt. Ueberhaupt hat die Form der Strafe, wie es scheint, weniger Einfluss auf die Entwickelung von Geistesstörungen, als die voraussichtliche Dauer der Strafe.

Von den Detenirten erkranken die Gelegenheits- oder Leidenschaftsverbrecher weit häufiger als die Gewohnheitsverbrecher. Unter anscheinend geistig normalen Verbrechern in Deutschland finden sich höchstens 25% der ersteren, während sich unter 36 Zuchthäuslern, die wegen Geistesstörung nach Allenberg kamen, 39% befanden. Andere Autoren haben noch grössere Zahlen gefunden (Gutsch 60%, Kirn 57%) der Procentsatz für Männer stellte sich in Allenberg auf 38, für Frauen auf 42%, das Geschlecht scheint also keinen wesentlichen Einfluss auszuüben.

Aus einer Tabelle, die den Einfluss der Strafdauer darlegt, geht hervor, dass von den Sträflingen mit langer Haft 3 mal soviel erkranken als von den übrigen. Die Dauer der Haft giebt aber durchaus nicht den Anstoss zum Ausbruch des Irreseins, meist bricht dasselbe schon in der ersten Zeit der Strafe aus; für ihre Entstehung wird daher weniger die Haft als solche, sondern mehr der psychische Einfluss derselben verantwortlich gemacht werden können.

Nach den bisherigen Erfahrungen erfolgt der Ausbruch der Geistesstörung gewöhnlich schon in den ersten 2 Jahren der Haft. Auch von den Allenberger criminellen Irren fällt die absolute grösste Zahl aller Erkrankungen in das zweite Halbjahr der Strafe, nämlich 25%, während 28% der Gesammtzahl allerdings erst nach 2 Jahren erkrankt sind. Die Leidenschaftsverbrecher scheinen meist in der ersten Zeit der Haft von der Psychose betroffen zu werden. Nur 1 solcher Sträfling ist erst nach 4 Jahren erkrankt, während alle Geistesstörungen, die sich erst in den späteren Jahren entwickelt haben, auf Gewohnheitsverbrecher fallen.

Den anderwärts angenommenen Schutz der höheren Bildung vor geistiger Erkrankung kann Verf. nicht bestätigen, hält aber seine Zahlen selbst für zu klein, um nicht eine vielleicht zufällige Differenz ausschliessen zu können.

Gewisse Verbrechen werden häufiger als andere in der Haft von Geistesstörung gefolgt, die Entwickelung einer bestimmten Psychose ist aber daran nicht gebunden. Keine Form der Geistesstörung kommt constant oder auch nur vorwiegend bei Verbrechen einer bestimmten Richtung vor. Wohl aber giebt es eine specifische Psychose, die sich

fast ausschliesslich bei Sträflingen entwickelt und zwar ohne nachweisbaren Zusammenhang mit der Art und der Schwere des Verbrechens. Es folgt nun eine ausführliche Schilderung des sogenannten Gefängnisswahnsinns, eine besondere Form der primären Verrücktheit, in Betreff deren wir auf das Original verweisen müssen.

Unter den 111 hier betrachteten Individuen befanden sich 48 Untersuchungsgefangene. 4 von denselben erwiesen sich als Simulanten, während sich unter den 63 Sträflingen kein einziger solcher gefunden hat. Es blieben also 44 Geisteskranke, 32 Männer 12 Frauen. Nach der Zeit der Erkrankung kann man hier nun 3 Kategorien unterscheiden: 1) solche Individuen, die erst nach der Verurtheilung, aber vor der Ueberführung in die Strafanstalt erkrankt sind (2 Männer 2 Frauen), 2) solche, die während der Untersuchungshaft frisch erkrankt sind (5 M. 1 W.), die übrigen 34 sind verbrecherische Irre. Einer ausführlichen Betrachtung der hauptsächlichen Kategorie der begangenen Verbrechen schliesst sich endlich die Erwägung der Frage nach der Unterbringung der criminellen Irren an. Für die irren Verbrecher oder Untersuchungsgefangenen ist eine solche wegen der besonderen Bewachung etc. unzweckmässig. Hier kommen entweder „Invalidengefängnisse“ (wie in England) in Betracht, worin also ausser den geistig Gestörten auch körperlich Gebrechliche Aufnahme finden, oder zweckmässiger Irrenstationen in unmittelbarer Anlehnung an das Strafanstaltslazareth. Wünschenswerth wäre es dann noch, dass für diejenigen, die nach Absitzen der Strafhaft noch für gemeingefährlich gehalten werden, eine besondere Pflegeanstalt errichtet würde.

Kron (Berlin).

---

19) **W. Orange** (London): Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in England. (Journ. of ment. science 1883. Octoberheft.)

Der Vortragende giebt eine Uebersicht über die staatlichen Massregeln in England zur Unterbringung geisteskranker Verbrecher bis zur Erbauung von Broadmoor und einen statistischen Bericht über die Thätigkeit dieser Anstalt. Die Frage der „criminal lunatics“ kam im Jahre 1800, anlässlich des Attentates eines gewissen Hadfield auf Georg III, zum ersten Male zur Erörterung. Die Richter erkannten zwar die Geisteskrankheit H.'s an, äusserten sich indessen dahin, dass der Schutz der Majestät und die öffentliche Sicherheit die Unschädlichmachung des Thäters erfordere. Damals wurde das Gesetz der gefänglichen Detention solcher geisteskranker Verbrecher erlassen, die das Verbrechen des Hochverraths, des Mordes und der Felonie begangen hatten.

1807 wurde dem Parlament eine Denkschrift eingereicht, welche die Unterbringung dieser criminal lunatics (z. Z. 37) in eine besondere Anstalt und Ausdehnung des Gesetzes auf alle Verbrechen gegen Leben und Eigenthum forderte. Das Parlament beantragte daraufhin den Bau einer solchen Anstalt, doch ohne Resultat. 1816 wurde gelegentlich des Umbaues von Bethlem ein Flügel für diesen Zweck

bestimmt, der in Kurzem sich als ungenügend erwies. Eine 1840 vorgenommene Visitation der Gefängnisse, die eine grosse Zahl Geisteskranker beherbergten, führte zu dem Erlass, dass jeder nach erfolgtem Urtheil für geisteskrank befunden einem Asyl übergeben werden müsste. Die nun beginnende Ueberschwemmung der Asyle mit geisteskranken Verbrechern und die daraus resultirenden Missstände erzwangen 1856 die Inangriffnahme des Baues von Broadmoor, dessen Eröffnung 1863 erfolgte.

In dieser Anstalt sind nach der tabellarischen Uebersicht innerhalb von 20 Jahren im Ganzen 1129 Männer und 346 Frauen verpflegt worden. Der Bestand am 31. Dezbr. 1882 war 381 männl. + 132 weibl.. Die Verbrechen waren Mord 155 + 85, Todschlag 7 + 6, Mordversuch 111 + 18, Raub, Diebstahl 23 + 3, Brandstiftung 24 + 1, Militairverbrechen 21, versuchter Selbstmord 3 + 0.

Die Geisteskranken bleiben nur bis zur Abbüssung ihrer Strafzeit in Broadmoor, nach Ablauf derselben werden sie den heimathlichen Anstalten übergeben; dasselbe Verfahren wird in den staatlichen Irrenanstalten für criminal lunatics in Schottland (Perth) und Irland (Dunarum) beobachtet. Matusch (Dalldorf).

VI. Tagesgeschichte.

Aus Stockholm. Dr. Bjornstrom, Oberarzt der Irrenanstalt Konradsberg hierselbst hat in der Anstalt eine Buchdruckerei eingerichtet. Die Beschäftigung mit derselben bietet für die Kranken nicht nur Zerstreuung, sondern ist auch, wie jede consequent durchgeführte mechanische Arbeit von bestem therapeutischen Einflusse. Das erste, von den Geisteskranken gesetzte und gedruckte Buch ist Dr. B.'s Werk: „Geisteskrankheiten und abnorme psychische Zustände vom forensisch-medicinischen Standpunkte aus betrachtet." 202 Seiten. Satz, Druck und Ausstattung sind vorzüglich. Buch.

VII. Neue Literatur.

1. Machatius, Ein Fall von geheiltem Trismus und Tetanus traumat. Berliner Inaug. Diss.
2. G. Heimann, Ueber Gehirnerscheinungen bei Ileotyphus. Ebenso.
3. Samuel, Ueber die bei Diabetes mellitus auftretenden Sehstörungen, insbesondere die diabetische Amblyopie. Ebenso.
4. E. Heimann, Ueber die Coincidenz von Rheumat. artic. acut und Ischias. Ebenso.
5. Sieber, Ueber den Zusammenhang von Chorea und Gelenkrheumatismus. Ebenso.

6. Freudenberg, Ueber gastrische Krisen. Ebenso.
7. Böckh, Ueber Bleilähmung. Ebenso.
8. Krause, Ueber Druckparalysen und Druckneurosen, bedingt durch Knochencallus und Narbenmassen. Ebenso.
9. Schlüter, Ueber Neuritis optica. Ebenso.
10. Werler, Ueber die Entstehung der angeborenen Gehirnbrüche. Ebenso.
11. Prätorius, Ueber Dipsomanie. Ebenso.
12. Rosenthal u. Bernhardt. Electricitätslehre für Mediciner. III. Aufl. Berlin, 522 pag. M. 13.
13. Arnuad, De l'asystolie. Paris. 35 pag.
14. Maubrac, Recherches anatom. et physiologiques sur le muscle sterno-cleido-mastodien. Paris. 63 pag. 3 fr.
15. Eseudié, Des hémiplegies dans la Diabète sucré. Thêse de Paris.
16. Lhéritier, Note sur un cas de myélite chron. à diagnostic douteux. Ebenso.
17. Robin, Étude sur quelques formes d'eclampsie chez des femmes enceintes. Ebenso.
18. Ollive, Des paralysies chez les choréiques. Ebenso.
19. Bernard, Essai sur plusieurs cas d'atrophie des muscles de thorax chez les pleurétiques. Ebenso.
20. Puica, Paralysie glosso-labiée cerebrale. Ebenso.
21. Jouet, Étude sur le morphinisme. Ebenso.
22. Gabriel, Du réveil du Délire alcoolique chez les buveurs. Ebenso.
23. Santon, De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale.
24. Hannequin, De la chorée rhumatismale considerée comme une variété de rhumatisme cérébrale et de la morte dans la chorée.
25. Chapmann, Le choléra, Maladie du système nerveux. Paris, Manon. 16 pag.

VIII. Personalien.

Offene Stellen. 1) Stefansfeld (Elsass), 2. Ass. Arzt, 13. März, 1200 M., ganz freie Station. 2) Halle a. d. S., Psych. Klinik u. Prov.-Irrenanstalt, Volontairarzt, M. 1200, freie Station. 3) Eichberg (Nassau), 3. Hilfsarzt, 900 M. (Anfangsgehalt) fr. Stat. 4) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Ernannt. Dr. Heilmann in Riemsloh zum Physicus des Kreises Melle. Dr. Sonnenburg, Privatdoc. in Berlin, unser früherer Mitarbeiter, zum Professor extraord.

Versetzt. Dr. Hildebrand, Phys. zu Homberg in gleicher Eigenschaft in den Kreis Osnabrück.

Todesfälle. San.-Rath Dr. Oswald, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Reichert in Berlin, Reg. und Med.-Rath a. D. Dr. Glubrecht in Stettin.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 15. Januar 1884. Nro. 2.

INHALT.

I. Referate und Kritiken. Rosenbach: Ueber den Einfluss des Hungers auf die Nervencentren. Ranney: Corpora quadrigemina. Bruce: Fall von Hirntumor. Flesch: Ueber den pathologischen Befund am Hirn von Verbrechern und Selbstmördern. Chiari: Centrales Cholesteatom des Dorsalmarkes. Lidell: Hirn- und Rückenmarksquetschungen. Mitchel: Verletzungen peripherer Nervenstämme. Mercier: A case of Epilepsie. Dubay: Ueber das Zittern. Petraeus: Fall von traumatischem Tetanus mit glücklichem Ausgang. Russel: Fall von beschleunigter Respiration bei einem hysterischen (?) jungen Mann. Kollmann: Ein Fall von erhöhter Reflexerregbarkeit in Form von saltatorischen Krämpfen. Hack: Ueber neuralgische Begleiterscheinungen bei Pharynxkrankheiten. Rumpf: Zur Lehre von der akuten aufsteigenden Paralyse. McBride: Wortblindheit. Bókai jun. Meningitis basilaris tuberculosa mit überaus niedriger Temperatur. Eyselein: Tisch für Nervenkranke. Stintzing: Nervendehnung. Victor: Ueber Geisteskrankheiten in Folge hoher äusserer Temperatur.

II. Aus den Vereinen. Société de Biologie zu Paris.
zu Paris.

III. Tagesgeschichte. Aus Prag. Aus Wien.

IV. Personalien.

I. Referate und Kritiken.

20) **P. Rosenbach:** Ueber den Einfluss des Hungers auf die Nervencentren. (Dissertation St. Petersburg. 1883. 104 Seiten. Russisch.)

Die Arbeit besteht aus drei Abschnitten. Im ersten findet sich nach einer historischen Einleitung und kurzen histologischen Beschreibung der Nervencentren die Schilderung der pathologisch-anatomischen Veränderungen, die durch Verhungern in dem Centralnervensystem von Hunden und Kaninchen hervorgebracht werden. Die mikroscopische Untersuchung betrifft Grosshirn, Kleinhirn, Rückenmark, Intervertebral- und Sympathicusganglien und periphere Nerven (Nn. ischiadici). Die durch Inanition bewirkten pathologischen Veränderungen befallen in den genannten Nervencentren häuptsächlich die Ganglienzellen, weniger Gefässe und Grundsubstanz, während die bindegewebigen Bestandtheile derselben sowohl, als die Nervenfasern und auch die peripheren Nerven eine wahrnehmbare Abnormität aufweisen. In den Zellen findet ein deutlich ausgeprägter degenerativ-atrophischer

Process statt, der mit trüber Schwellung oder Schrumpfung beginnt und durch Vacuolisation und eigenthümliche destructive Vorgänge chemischer Natur zum Zerfall und Schwund führt. Seitens der Gefässe wird Ueberfüllung derselben mit Blutkörperchen, Diapedesis, Bildung von colloidem Exsudat, mitunter fettige Entartung der Endothelzellen beobachtet; die Grundsubstanz erscheint trübe, ohne Texturveränderungen zu lassen. Die grösste In- und Extensität erreicht der atrophisch-degenerative Process in den Spinalganglien und Vorderhörnern des Rückenmarks, die geringste in der Hirnrinde. Die beschriebenen histologischen Veränderungen sind durch eine Tafel vortrefflich ausgeführter Zeichnungen illustrirt.

Der zweite Abschnitt enthält eine Untersuchung der Erregbarkeit der Hirnrinde beim Hungern. Die vom Autor an Hunden und Kaninchen angestellten Versuche ergeben, dass im Hungerzustande die Erregbarkeit der psychomotorischen Centren faradischer Reizung gegenüber bedeutend sinkt und die convulsive Reaction derselben auf starke Ströme anormal wird. Das Versuchsverfahren bestand darin, dass an einem Thier zuerst an einer Hemisphäre die Erregbarkeit der psychomotorischen Centren im gesunden Zustande und dann nach einer gewissen Hungerperiode dieselbe an der anderen Hemisphäre bestimmt wurde. Der Beschreibung seiner eigenen Versuche schickt Verfasser eine Schilderung der bisher vorhandenen experimentell-pathologischen Untersuchungen der Hirnrindenerregbarkeit voraus. Ausserdem enthält dieser Abschnitt ein Schema der topographischen Anordnung der psychomotorischen Centren am Hundegehirn, das von R. in Gemeinschaft mit Dr. Bechterew verfasst ist.

Den dritten Abschnitt bildet eine kritische Zusammenstellung der in der Literatur vorhandenen Angaben über das sogen. Inanitionsdelirium, indem sowohl solche Fälle psychischer Störung Berücksichtigung finden, die an sonst gesunden, durch irgend welche Bedingungen dem Hungern ausgesetzten Menschen beobachtet werden, als das Vorkommen von psychischer Erkrankung im Reconvalescenzstadium erschöpfender physischer Krankheiten. Verfasser spricht die Vermuthung aus, dass diesen geistigen Störungen pathologisch-anatomische Veränderungen der Hirnrinde zu Grunde liegen, entsprechend dem Befund am Gehirn verhungerter Thiere.

Die Arbeit ist im klinischen Laboratorium von Professor Mierzejewsky ausgeführt. R.

---

21) **Ambrose L. Ranney** (New-York): The corpora quadrigemina. With remarks concerning the diagnosis and localization of lesions effecting sight. (Die corpor. quadrig. mit Bemerkungen über Diagnose und Localisation der mit Sehstörungen verbundenen Läsionen).

(The medical Record, 18. Aug. 1883.)

Verf. gibt zuerst eine anatomische Beschreibung der corpora quadrig. und ihrer nächsten Verbindungen und geht dann näher auf die verschiedenen Ansichten über die Functionen jener Körper ein. Gudden fand zuerst, dass beim jungen Thiere die Exstirpation ei-

nes Auges gefolgt war von Degeneration und Atrophie des betreffenden vordern Vierhügels (natis cerebr.) und seines Armes, während der gleichseitig hintere (testis) intact blieb (dementsprechend hat der Maulwurf atrophische Nates und hochentwickelte Testes!). Ferner wissen wir durch Hensen und Völker's, dass gewisse Centren, welche so associirt sind, dass beim Fixiren naher Gegenstände (Ein- und Abwärtsziehen der Augen) zugleich die Pupillen sich verengern, beim Sehen auf entfernte sich erweitern u. s. w., dass diese Centren nicht, wie Adamuck meinte, in den nates liegen; auch zeigte Knoll, dass complete Excision der corpora quadrig. die Reflexbewegungen der Pupillen nicht aufhebt. Endlich ist es bekannt (Flourens und Andere), dass einseitige Exstirpation der Vierhügel Blindheit des entgegengesetzten Auges hervorruft. Nun aber entstehen Sehstörungen auch durch Läsionen gewisser Theile der Hirnrinde, der thalam. optic., der capsul. intern. u. s. w. und es fragt sich daher, wie das Verhältniss aller dieser Theile unter sich und zum Sehorgan ist. Unzweifelhaft ist die Hirnrinde der Ort, wo die durch die Sinnesorgane aufgenommenen Eindrücke zum Bewusstsein kommen. Jedenfalls nun erreichen die Fasern des Opticus die Hirnrinde auf verschiedenen Wegen, und zwar so, dass sie, gerade wie die aller andern Nerven, in verschiedener Weise mit den Zellen zwischengeschobener grauer Hirnmasse (corp. quadrigemina und geniculata, corp. subthalam., das optische Centrum des thalam. (Luys), Meynert's optisches Basalganglion, gewisse Centren in der medulla oblong.) sich verbinden. Ueber den genauen Verlauf jedoch (Decussation etc.) herrschen noch Meinungsdifferenzen; am meisten für sich hat die auf pathologische Thatsachen gegründete Charcot'sche Theorie, nach welcher die nicht im Chiasma sich kreuzende Fasern des Opticus im tractus optic. hinziehen, um sich wahrscheinlich in den Vierhügeln zu kreuzen, ehe sie in die innere Capsel der entgegengesetzten Seite übergehen. Ausserdem scheinen die Vierhügel noch insofern mit dem Sehorgan zusammenzuhängen, als nach Flourens u. And. Zerstörung derselben Coordinationsstörungen hervorruft: auf Hervorbringung derselben hat aber bekanntlich das Sehen (Schwindel beim Anblick eines Wasserfalls u. s. w.) grossen Einfluss.

Für die Lehre von der Localisation der Gehirnkrankheiten ist nun der Verlauf etc. der dem Gesichtssinn dienenden Nervenfasern äusserst wichtig. Verf. klassificirt zu besserem Verständniss die Läsionen, welche Sehstörungen setzen folgendermassen: 1. *Läsionen der retina* (neuro-retinitis, Oedem etc.). 2. Läsionen des n. opticus vor dem Chiasma (im Schädel oder in der Augenhöhle; nur ein Auge betroffen; bei gleichzeitiger Hemiplegie oder Hemianästhesie ist Verdacht auf Läsion der innern Capsel. 3. *Läsionen des tract. optic. und des Chiasma* (wichtigstes Symptom: Hemianopsie; ist die Nasalhälfte des einen und die Temporalhälfte des andern Auges blind (gekreuzte H.), so handelt es sich um Erkrankung (Druck, Entzündung etc.) eines tractus optic., während bei Läsionen des centralen Theiles des Chiasma der binasale Typus vorhanden ist; der zuweilen vorkommende

bitemporale Typus deutet auf atheromatöse Degeneration des circul. arterios. Willis.; letztere beiden Typen entstehen in der Regel durch Sitz der Läsion in der vorderen Schädelgrube, weshalb zuweilen gleichzeitig Störungen des gleichseitigen n. olfact. (Anosmie, Dysosmie) beobachtet werden; bei Sitz der Läsion in der mittleren Schädelgrube (Erkrankung des tract. optic.) findet sich gekreuzte Hemianopsie und gleichzeitig oft Störungen des n. oculom. 4. *Läsionen der von den Opticus-Fasern auf ihrem Wege zu den Hirnwindungen durchzogenen Ganglienmassen* (unter Anderem deutet a. Hemiplegie mit Paralyse des entgegengesetzten n. oculomot. auf Läsion des Hirnschenkels und, falls zugleich gekreuzte Hemianopsie da ist, auch des tract. opticus; b. Hemiplegie und Paralyse des entgegengesetzten n. olfactor. deutet auf eine grosse Läsion, die den nucl. caudat. oder andere motorische Partien der Hirnrinde und zugleich den n. olfact. trifft. c. Hemiplegie mit Hemianopsie (gewöhnlich auch Mitbetheiligung des 1., 3., 5., 7. Hirnnerven) entsteht durch Läsion des motorischen Theiles eines (entgegengesetzten) crus cerebri, die zugleich die es durchsetzenden Fasern des optic. etc. trifft. d. Hemianästhesie zeigt Störungen des sensiblen Theiles des entgegengesetzten crus an; dabei können Opticus-Fasern gerade so mitgetroffen werden, wie bei Läsionen der capsula interna, des thalam. optic., der corpor. quadrigem. und genicul., der medulla (Läsionen der capsul. intern. machen oft Amplyopie, nicht Hemianopsie). e. Atactische Erscheinungen (nicht näher ausgeführt!). 5. *Läsionen gewisser Theile der Hirnrinde.* (Da es noch nicht feststeht, ob das corticale Sehcentrum in den lob. occipit. (Munk) oder in den lob. pariet. (Ferrier) gelegen ist, so sind vorläufig bezügliche sichere Diagnosen nicht zu stellen.) 6. *Läsionen der capsula interna* etc. (wichtig vor Allem: Hemianasthesie mit Amblyopie uud excentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes für Farben).

Schliesslich zieht Verf. einige Schlüsse aus dem Vorstehenden vom klinischen Standpunkte. Voigt (Oeynhausen).

---

22) **Alexander Bruce** (Edingburg): A case of cerebral tumour. (Fall von Hirntumor). (Brain. Juli 1883.)

Bei einer 45 jährigen unverheiratheten Kinderwärterin, welche von verschiedenen Aerzten für eine hochgradige Hysterica gehalten worden war und trotz genauester Untersuchung keinerlei bestimmte Symptome einer organischen Hirnerkrankung dargeboten hatte, wurde bei der Section (Byrom Bramwell) ein Tumor gefunden, welcher „von der Spitze des linken Schläfenlappens bis zur Verbindungsstelle des vorderen und mittleren Drittels der Brücke“ reichte; unter der Basis der Geschwulst zeigte sich eine haselnussgrosse Hämorrhagie. Die Insel und die Schläfenwindungen waren nach oben gedrängt, die Basalganglien mit der innern Kapsel nach einwärts. Der Tumor war etwas in die Insel hineingewachsen; die Hirnrinde wurde vollkommen intact befunden. Bemerkenswerth ist, dass neben verschiedenen vorübergehenden und wenig charakteristischen Störungen der Motilität und Sensibilität, Störungen der Sprache und der Schrift,

Taubheit auf dem rechten Ohre für ein catarrhalisches Leiden gehalten, während des ganzen Verlaufes der Krankheit und besonders auch kurz vor dem Tode beobachtet wurden, ausserdem auch eine auffallende Veränderung des Wesens und Charakters der Kranken im Vordergrunde der Erscheinungen stand. Es ist wohl anzunehmen, dass wenn die Patientin sich von Anfang bis zu Ende unter der Beobachtung eines und desselben Arztes befunden hätte, die Diagnose des Tumors überhaupt gemacht, und wahrscheinlich auch die Localisation desselben ziemlich sicher festgestellt worden wäre. Mehrere Abbildungen des anatomischen Befundes und ein Facsimile der Handschrift erhöhen den Werth der Beobachtung. Pierson (Dresden).

---

23) **Flesch:** Ueber den pathologischen Befund am Hirn von Verbrechern und Selbstmördern. (Correspbl. für Schweiz. Aerzte. Nro. 1. 1884.)

Professor Flesch berichtet in der Sitzung des med. pharmaceut. Bezirksvereins zu Bern vom 15. Mai v. J. über seine Untersuchungen an den Gehirnen von Verbrechern und Selbstmördern und kommt zu der Ansicht, dass für dieselben eine Reihe characteristischer Veränderungen zu constatiren seien, sowohl in morphologischer als klinischer Hinsicht, die bei den Gehirnen von Nichtverbrechern und Nichtselbstmördern nicht zu finden wären. Es seien dies Missbildungen am Gehirn selbst, Klaffen der Fossa Silvii, sodass die Insel frei liegt, Bildung eines Mittellappens im kleinen Gehirn und dgl. mehr, Anomalien an den Basilargefässen und besonders Unregelmässigkeiten der Windungsverhältnisse. Letztere sollen aber nicht, wie Benedikt glaubt, einem bestimmten Typus folgen und es müsste auch noch constatirt werden, bis zu welchem Grade die Windungsanordnung variiren könne, ehe eine Schädigung der psychischen Bildungsfähigkeit einträte. Auch der Formation des Schädels und der Schädelmaasse will er die von Benedikt zugewiesene Wichtigkeit nicht einräumen. In klinischer Hinsicht beobachte man analoge Verhältnisse wie bei Geisteskranken, besonders leptomeningitische Processe, auch in verhältnissmässig jugendlichem Alter. Halbey (Bendorf).

---

24) **H. Chiari** (Prag): Centrales Cholesteatom des Dorsalmarkes. (Prager med. Wochenschr. 1883. 39.)

Bei dem Kranken entwickelten sich, angeblich nach einer Erkältung, in seinem 14. Lebensjahre, allmälich Lähmung und Anästhesie der unteren Extremitäten; letztere reichte schliesslich vorne bis 2 Querfinger unter die Papillen, hinten bis an die unteren Scapularwinkel. Nach nahezu 19jährigen Leiden, starb der Kranke an Lungentuberculose. Stuhl- und Harnentleerung erfolgten bis zuletzt spontan. Bei der Section fand sich im Rückenmarke ein spindelförmiger Tumor von 4 Ctm. Länge, dessen grösste Breite vom 4. bis zum 6. Dorsalnerven reichte. In dieser Gegend war die Rückenmarkssubstanz bis auf wenige oberflächliche Markfasern gänzlich durch den Tumor zerstört.

Die genauere Untersuchung ergab, dass das Neugebilde ein Cho-

lesteatom war, welches höchst wahrscheinlich seinen Ausgangspunkt von den Epithelzellen des Centralcanals genommen hatte.

Die durch die auf- und absteigende secundäre Degeneration bedingten Veränderungen des übrigen Rückenmarkes unterschieden sich trotz der langen Dauer des Processes in Nichts von dem gewöhnlichen Befunde. Obersteiner (Wien).

---

25) **John A. Lidell:** Contusions of the brain and spinal cord. (Hirn- und Rückenmarksquetschungen.) (American Journal of the medic. scienc. Juli 1883.)

Verf. verbreitet sich über Symptom und Behandlung der Hirn- und Rückenmark-Quetschungen und hebt dabei hervor, dass dieselben viel hänfiger seien, als man annehme, da sie viele sogenannte Erschütterungen dieser Organe begleiteten; namentlich seien die schweren Fälle der Hirnerschütterung immer mit Hirnquetschung verbunden — eine für die Behandlung äusserst wichtige Thatsache.

Voigt (Oeynhauseu).

---

26) **Weir Mitchel:** Lesions of peripheral nerve-trunks. (Verletzungen peripherer Nervenstämme.) (Americ. Journal of medic. scienc. Juli 1883.)

Verf. bespricht an der Hand von 5 Fällen die Symptome solcher Verletzungen; er kommt dabei unter Anderem zu dem Schlusse, dass gewisse Symptome sich nur so erklären lassen, dass die verletzende Ursache auf gewisse mit dem verletzten Nerven zusammenhängende Nervencentra nach Art des Shock's wirke.

Voigt (Oeynhausen).

---

27) **Charles Mercier** (London): A case of Epilepsy. (Brain, Juli und October 1883.)

Verf. knüpt an 2 Fälle von Epilepsie mit ausgesprochener Aura längere Betrachtungen wesentlich speculativer Art im Sinne Hughlings-Jackson's, welche sich der Wiedergabe in einem Referate entzieheu.

Pierson (Dresden).

---

28) **Nicolaus Dubay** (Budapest): Ueber das Zittern. (Gyógyászat Nro. 29. 30. 1883.)

Verf. hält sowohl das spontane, constante, wie das während der activen Bewegung zu Stande kommende Zittern wie auch die Mischformen desselben, wenn weder die peripheren noch die centralen Organe dabei eine path.-anatomische Veränderung erlitten, wo also das Plus oder Minus der innewohnenden thierischen Electricität den Tremor verursacht, für Lähmungs-Symptom, deren Sitz im motorischen oder Centralnervensystem zu suchen sei.

Die von ihm bei seinen metalloscopischen Untersuchungen behandelten Fälle waren 1) *Tremor adynamicus,* bei einem 28 jährigen Ingenieur, nach hartnäckigem Magen-Catarrh mit Intermittens, Zittern der Füsse nach geringster Anstrengung; Zeichnen war ihm nicht möglich. Nach Analepticis Linderung; wenn deren Wirkung aufhört, tritt Erschöpfung ein und noch stärkeres Zittern der Extremitäten.

Nach 3 monatlicher Behandlung mit 0,02 Cuprum 2 Mal täglich, schwand das Zittern gänzlich.

2) *Tremor hystericus.* Die 26 jährige verheirathete Frau leidet an Hysterie und in schlaflosen Nächten, bei Aufwallungen zittern ihre Lippen, der Kopf, die Extremitäten so, dass wenn sie sich nicht niederlegt, ein Zusammensinken des Körpers erfolgt.

Nach 6 wöchentlicher Stannum-Therapie besserte sich die Hysterie, das Zittern hörte auf.

3) *Tremor nervosus* bei einem 58 jährigen Gutsbesitzer, neurotisch belastet, der während der Paroxysmen vor dem Fallen nur durch rechtzeitiges Niederlegen geschützt wird. In diesem Falle bewährte sich Platin.

In noch anderen drei Fällen beobachtete Verf. günstige Erfolge; dagegen in jenen sieben Fällen, wo centrale destructive Processe das Zittern veranlassten, war wohl etwas Besserung zu verzeichnen, doch kein Erfolg zu erzielen.

Nach Verf. soll man bei verwandten Zuständen zur Metalloscopie und Metallo-Therapie — statt zu unnützen Experimenten — seine Zuflucht nehmen. Ist das günstige Metall — mit aggressiver oder depressiver Wirkung — eruirt, ist auch der Erfolg gesichert.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

29) **Petraeus** (Nibe): El Tilfaelde af traumatisk Tetanus med heldig Udgang. (Fall von traumatischem Tetanus mit glücklichem Ausgang.) (Hosp. Tidende 1883, 48.)

Verletzung des 17 j. Pat. durch Fall auf eine Egge. Zwei stark verunreinigte Wunden am rechten Oberschenkel erst am Tage darauf gereinigt und verbunden. Ca. 14 Tage später Nackenstarre, Schluck- und Kaubeschwerden, denen dann innerhalb weniger Tage allgemeiner Tetanus folgte. Nachdem die Erscheinungen 6—7 Tage unverändert geblieben, allmälige Besserung in umgekehrter Reihenfolge wie die Entwicklung erfolgt war. 3—4 Wochen nach der Erkrankung, also 5—6 Wochen nach der Verletzung, Aufhören der klonischen Krämpfe.

Die Behandlung bestand in Injectionen von Morphium abwechselnd mit innerlichem Gebrauch von Chloralhydrat.

In ätiologischer Beziehung legt Verf. ausser auf die Verunreinigung der Wunden besonderes Gewicht auf die feuchtkalte Witterung, die während des Beginns der Heilung derselben herrschte.

Dehn (Hamburg).

---

30) **M. W. H. Russel** (Bath): A case of hysterical (?) rapid breathing in a Youth. (Fall von beschleunigter Respiration bei einem hysterischen (?) jungen Mann.) (Brain, October 1883.)

Ein 19 jähriger Mann, der nach einem 6 Jahre früher überstandenen Fieber (Intermittens?) etwas Kurzathmigkeit zurückbehalten hatte, leidet seit 6 Monaten an eigenthümlichen Anfällen heftigster Dyspnoe mit Zuckungen in den Gesichtsmuskeln, welche durch jede Erregung verschlimmert werden. Gegen das Ende des Anfalles soll

Pat. seit dieser Zeit „Bellen wie ein Hund.“ Diese Anfälle wurden auch im Hospital in der angegebenen Weise beobachtet. Jeder Paroxysmus besteht aus etwa 20—30 forcirten, pfeifenden Inspirationen, und endigt mit einem eigenthümlich bellenden Geräusch. Dabei wird nichts expectorirt. Die freien Intervalle dauern nur ca. 15 Secunden; während derselben athmet Pat. ganz ruhig und gleichmässig; wenn er angeredet wird, kann er die Anfälle etwas unterdrücken. Durch längere Behandlung mit Arsen, Bromkalium und Chloral wurden die Anfälle allmälig gebessert aber nicht beseitigt. Pierson (Dresden).

---

31) **Oscar Kollmann** (Würzburg): Ein Fall von erhöhter Reflexerregbarkeit in Form von saltatorischen Krämpfen. (D. med. Wochenschr. 40. 1883.)

Seit Bamberger im J. 1859 zuerst auf die eigenthümliche Form von Krämpfen aufmerksam gemacht hat, die sich in unwillkührlichem Hüpfen äussern, sobald die Kranken mit den Füssen den Boden berühren, sind nur wenige Fälle (7 bis zum J. 1878 nach Erb) dieser Art beschrieben worden. Verf. theilt nun einen solchen eigener Beobachtung mit. Die betreffende Pat., eine 24jähr. Strafgefangene, nervös veranlagt und in Folge von Phthisis geschwächt, klagt über Schmerz bei Druck auf die Ovarialgegend und auf die ganze Brustwirbelsäule. Ausserdem besteht eine erhebliche Reflexerregbarkeit. Selbst ganz schwache percutorische Berührungen lösen von der ganzen Körperoberfläche Zuckungen derselben Seite aus, auch sind die Sehnenreflexe verstärkt. Die eigentlichen Anfälle beginnen, sobald Pat. die Fusssohlen auf den Boden setzt und bestehen entweder in einem Trippeln, als stände dieselbe auf einer heissen Platte oder in Schüttelkrämpfen. Das Gesicht ist dabei geröthet und zeigt einen ängstlichen Ausdruck. Wird Pat. gehoben oder gesetzt, dass die Sohlen den Boden nicht mehr berühren, so hören die Krämpfe sofort auf. Liegt Pat. im Bette, so kann man dadurch, dass man ihre Füsse an das Bettende legt oder indem man ihre Fusssohlen mit der Hand leicht berührt, sofort Krämpfe in der unteren Extremität derselben Seite hervorrufen. Die Anfälle bestehen erst seit kurzer Zeit oder sind zum ersten Male, und zwar ganz plötzlich, aufgetreten, als Pat. sich im Hofe der Anstalt ergehen wollte. Ob diese erhöhte Reflexerregbarkeit nur functioneller Natur ist, oder ob ihr nicht etwa eine tuberculöse Spinalmeningitis zu Grunde liegt, ist Verf. zur Zeit nicht im Stande zu entscheiden. Kron (Berlin).

---

32) **Wilhelm Hack** (Freiburg): Ueber neuralgische Begleiterscheinungen bei Pharynxkrankheiten. (D. med. Wochenschr. 42. 1883.)

In einem Falle von Hyperämie der Rachenschleimhaut mit *gleichzeitigem Schmerz* zwischen den Schulterblättern sah H. diesen zusammen mit den perversen Sensationen im Rachen sofort verschwinden, nachdem er letzteren mit einem flachen Galvanokauter einmal oberflächlich überfahren. Bei einem andern Kranken, der wegen häufigen Hustenreizes, gelegentlicher Blutspuren im Auswurf und *durchschiessender Schmerzen über den Schlüsselbeinen* verschiedene Kurorte be-

sucht hatte, obgleich die physikalische Untersuchung an seinen Lungen nichts nachwies, fand H. eine mehr als haselnussgrosse bei Berührung leicht blutende Granulationsgeschwulst des Pharynx, umgeben von einem breiten Hof stark hyperämischer Schleimhaut. Auch hier hörten die Schmerzen nebst den übrigen Symptomen sofort nach der galvanokaustischen Zerstörung der Geschwulst auf. Bei einem spätern Recidive derselben kehrten auch die Schmerzen wieder, um nach Wiederholung der Kauterisation von neuem zu verschwinden. Gleiche heftige lanzinirende Schmerzen über den Schlüsselbeinen zugleich mit Schmerz zwischen den Schulterblättern bestanden bei einem Pat., bei dem die in den Nasenrachenraum hineinragenden hochgradig hypertrophischen Enden der unteren Muscheln die Schleimhaut daselbst gestreift und so eine leichte Hyperämie hervorgerufen hatten. Auch hier war die genannte Behandlung von gleicher Wirkung. Seitdem hat H. bei allen seinen Pharynxkranken auf dieses Symptom geachtet und dasselbe in einer relativ grossen Anzahl der Fälle gefunden und zwar weit häufiger bei geringfügigen als bei eingreifenden Rachenaffectionen, am häufigsten bei einfach hyperämischen, leicht katarrhalischen Zuständen, niemals bei der atrophirenden Form. Die Schmerzen pflegen in doppelter Form aufzutreten. Einmal als plötzlich auftretende, durchfahrende Stiche (in einem Falle strahlten dieselben nach den Intercostalräumen beiderseits aus), das andere Mal in Form langdauernder, offenbar in bestimmten Muskelpartien sich abspielender „rheumatischer“ Schmerzen. Zur Erklärung dieser Erscheinungen muss man bestimmte Nervenendapparate in der Rachenschleimhaut annehmen, von welchen aus reflectorische Erregungen ausgelöst werden können. Hyperämische Zustände dieser Schleimhaut scheinen diese Reflexerregbarkeit erheblich zu steigern. Die Reflexe selbst aber dürften zum Theil auch auf solche Nervenbahnen übergeleitet werden, welche vasodilatorische resp. exsudative Vorgänge in bestimmten Muskelgebieten hervorzurufen vermögen. Kron (Berlin).

---

33) **Th. Rumpf** (Bonn): Zur Lehre von der akuten aufsteigenden Paralyse. (D. med. Wochenschr. 26. 1883.)

Gegenüber den von Erb und Schulz — Schultze beschriebenen Fällen theilt R. eine Beobachtung mit, die geeignet ist, das anfängliche characteristische Bild der Landry'schen Paralyse wiederherzustellen: Bei einem 12jähr. Knaben, der einige Tage lang über ziehende Schmerzen und Formikationen in den Beinen, sowie über auffallende Ermüdung und Schwäche derselben bei angeblichem abendlichen Fieber geklagt hatte, entwickelte sich innerhalb weniger Tage eine vollständige Lähmung der unteren Extremitäten zugleich mit Gefühllosigkeit derselben, die von den Füssen bis einige Centim. über das Knie aufstieg. Im weiteren Verlauf des Processes wurde dann noch Lähmung der Bauch- und Rückenmuskeln, Parese der oberen Extremitäten, Lähmung der Sensibilität bis zur Spina oss. il., Lähmung des Muskelgefühls in den unteren Extremitäten mit vollständigem Fehlen des Hautreflexes von der Planta bei Erhaltung des Kremaster- und Ab-

dominalreflexes constatirt. Blase und Mastdarm normal, ebenso die Reflexe von der Patellar- und Achillessehne aus.

Während des 7 monatlichen Bestehens der Krankheit trat keine Spur einer Veränderung der electrischen Erregbarkeit auf.

Zweimal zeigte eine Erschwerung der Inspiration und des Schluckens an, dass der Process nach oben fortzuschreiten drohte (einmal im Beginn, das zweite Mal 3 Monate später). Diese bedrohlichen Erscheinungen verloren sich wieder nach Anwendung des faradischen Pinsels über den Rücken. Nach 6 Monaten zeigten sich an den Zehen die ersten Spuren von Beweglichkeit, dann an den Oberschenkeln; die Sensibilitätsstörung besserte sich, und schliesslich trat im Laufe weniger Tage Restitution des Muskelgefühls und vollständige Fähigkeit zum Stehen und Gehen auf. Auch der Plantarreflex erschien wieder.

Die in das ursprüngliche Bild der akuten aufsteigenden Paralyse allerdings nicht passende Sensibilitätsstörung ist schon von Westphal bei einem seiner Fälle beobachtet worden. Man könnte vielleicht hieraus eine besondere Gruppe formiren. — Von dem Erb'schen Falle und dem von Schulz oder Schultze unterscheidet sich der vorliegende wesentlich durch das Fehlen der Entartungsreaction und der Muskelatrophie, sowie durch das Erhaltensein des Kniephänomens. Für eine Form der Poliomyelitis spricht also hier nichts. Ebenso konnte multiple Neuritis ausgeschlossen werden.

In Bezug auf die Therapie empfiehlt R. im Stadium der aufsteigenden Lähmung mehr oder weniger intensive Hautreize auf dem Rücken, bei drohender Gefahr für die Inspiration sogar das Glüheisen zu beiden Seiten der Halswirbelsäule, bei der ausgebildeten Lähmung schon frühzeitig den constanten Strom mit den nöthigen Cautelen, wenigstens für die erste Zeit. Kron (Berlin).

---

34) **T. A. McBride** (New-York): A case of verbal blindness with right lateral hemianopsia. (The amer. journ. of neur. and psych. 3. 1883.)

Der 59 jähr. Mann hatte 5—6 J. lang an Anfällen von linksseitigem Kopfschmerz mit Schwindel etc. gelitten. Eines Morgens erwachte er mit Wortblindheit, mit der sich, wie Verf. feststellte, rechtseitige Hemianopsie verband. Jene verschwand in einer Woche, während diese bestehen blieb. Verf. supponirt einen Bluterguss im Gyrus angularis (Ferrier) oder in der Rinde des Hinterlappens (Munk).
Kron (Berlin).

---

35) **Johann Bókai jun.** (Budapest): Meningitis basilaris tuberculosa mit überaus niedriger Temperatur. (Orvosi Hetilap. 1883. Nro. 38.)

Verf. beobachtete — übereinstimmend mit den Erfahrungen Turin's — unter 34 Fällen 20 Mal Apyrexie, 14 mal intermittirenden oder continuirlichen Fiebertypus. Die Temperaturen im letzten Stadium der tub. Meningitis sind zwischen Hyperpyrexie und Hypapyrexie schwankend. Die terminalen Grenzen werden selten erreicht; noch seltener minimale Temp. beobachtet. Turin hat bei 2 Kindern 32,4° und 31,0° C. Gnäudinger 31,9° 29°, und 28,6° C. Verf.

hat jüngst bei einem 5 jährigen Mädchen am 17. Tage die bisher niedrigste Temperatur 28,4° beobachtet. Am anderen Tage verschied die Patientin. Die Temperatur-Schwankung betrug während der Krankheit 11,1°. Die niedrigste Temperatur = 28,4° überstieg das von Wunderlich festgestellte Minimum von 3,7°.

Wie diese subnormale Temp. zu erklären sei, ist noch immer eine offene Frage. Am plausibelsten ist eine Lähmung des excitocalorischen Centrum's anzunehmen. Verf. glaubt in seinem Falle die Lähmung in das vasomotorische Centrum der Med. obl. verlegen zu müssen. Der überaus rare Puls (44—72) die Zeichen der Angioparalyse — Taches cerebrales, Trousseau — livide Hautfärbung, herabgesetzte Transspiration, Epithelaustrocknung und Abschilferung sprechen für diese Hypothese da alle jene Erscheinungen trophische Störungen sind, die aus der vasom. Lähmung resultiren.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

36) **O. Eyselein:** Tisch für Nervenkranke. (Diätetische Behandlung der Krankheiten des Menschen von Dr. G. Wiel, Bd. IV.)
(Karlsbad H. Feller, 1883. 8°. 267 S. 4 Mark.)

Das mit dem seltsamen Titel „Tisch für Nervenkranke" bezeichnete Buch soll über „die diätetische Behandlung der Nervenkrankheiten" handeln. „Der Inhalt dieses „Tisch für Nervenkranke" wird vielmehr wesentlich als ein solcher zu betrachten sein, der auf Grund rationeller Ernährung und Gesundheitspflege des menschlichen Organismus, speciell seines Nervensystemes, die Behandlung aller nicht materieller den Nervenkranken berührenden Fragen sich zur besonderen Aufgabe gemacht hat." Folgendes kündigt die Inhaltsübersicht an: „Einführung. Unsere Nervensysteme. Nervenkrank. Erscheinungen kranker Nerven (Noch einige Winke für Nervenkranke, Gemüthsbewegungen, Schlaf und Schlaflosigkeit). Rationelle Ernährung und Lebensweise (Stoffwechsel, Spaziergang). Spezielle Nahrungsdiät für Nervenkranke. Schädliche Ernährungs- und Erziehungsweisen (Theorien). Alkohol, Tabak, Kaffee, Thee, Kakao, Chokolade. Musik, Theater, Malerei. Ehe und Ehelosigkeit (Geschlechtsfunctionen, Prostitution). Trunksucht. Morphium- etc. Süchtige. Spielleidenschaft. Die private und öffentl. Gesundheitspflege und ihre Beziehungen zu Krankheiten, spez. des Nervensystems. Der Arzt für Nervenkranke und die (offene) Heil- und Kuranstalt für Nervenleidende (ärztliche Consultationen, Besuche und Correspondenz, Begleitung Angehöriger). Rationelle Heilmittel und Heilmethoden bei Nervenkrankheiten (ein Trost). Homöopathie, Vegetarianismus, Naturheilanstalten. Pfuscherei und Quacksalberei." Ein Anhang enthält ein Verzeichniss der hauptsächlichsten Heilanstalten für Nervenkranke. Ueber die Diät im engeren Sinne handelt nur ein Kapitel, in diesem wird unter Abschweifungen erzählt, wie die Kranken in des Verf.'s Anstalt beköstigt werden. Was der Verf. sonst über Ernährung, Zusammensetzung der verschiedenen Nahrungsmittel etc. vorbringt, steht mit den Nervenkrankheiten in sehr losem Zusammenhang. Welche chemische Formel die Kohlenhydrate, Fette etc. haben, kann den Ner-

venkranken ziemlich gleichgiltig sein. Von allen Kranken ist wahrscheinlich für die letzteren die Qualität der Nahrung am wenigsten von Bedeutung. Eine besondere Diät für Nervenkranke giebt es einfach nicht. Deshalb ist die Idee des Buches verfehlt, es hat wohl Sinn einen „Tisch für Magenkranke“ oder für Fieberkranke zu schreiben, nicht einen solchen für Nervenkranke. Alle Mühe, welche sich der Verf. gegeben hat, diesen principiellen Fehler zu verdecken, musste umsonst sein. Sicher hätte der kenntnissreiche Autor eine weit bessere Arbeit geliefert, wenn er unter freigewählter Flagge hätte segeln können und nicht durch den unglückseligen Titel gestört worden wäre.

Nächst der Diät legt der Verf. das meiste Gewicht auf die Anstaltsbehandlung und das, was er aus eigener Erfahrung über die offenen Curanstalten und das Verhalten der Kranken in denselben sagt, ist wohl der beste Theil des Buches. Eine Abhandlung über Homöopathie und Kurpfuscherei begrüsst man mit Erstaunen am Ende des „Tisches etc.“

Im Uebrigen lässt das Buch mehr an den Studirtisch als an den Esstisch denken. Man kann es als eine Reihe von Plaudereien über Neurosen und deren ätiologische wie therapeutische Beziehungen bezeichnen. Es ist für die Orientirung und Belehrung gebildeter Patienten bestimmt. Sachlich kann man dem Verf. fast überall beistimmen. Die Darstelluugsweise ist lebhaft und anregend, doch wäre zu wünschen, dass in Sprache und Inhalt mehr Ordnung herrschten als es der Fall ist.

Dass im Allgemeinen derartige populäre Schriften ihr Recht haben, ist des Ref. feste Ueberzeugung. Die Behauptung, die Nervenkranken würden kränker und die Gesunden Hypochonder durch medicinische Lectüre, ist einfach nicht wahr. Es kommt nur darauf an, den rechten Ton zu treffen. Gerade Nervöse sind für verständige Belehrung sehr empfänglich und häufige persönliche Erfahrungen haben dem Ref. gezeigt, dass sehr viele Kranke mit functionellen Neurosen durch Erklärung der Natur der letzteren dauernden Trost finden. Uebrigens lesen die Hypochonder auf jeden Fall und wenn sie keine guten Bücher finden, nehmen sie die schlechten.

Möbius (Leipzig).

---

37) **Stintzing** (München): Ueber Nervendehnung. (Leipzig F. C. W. Vogel, 1883. 172 S.)

Das Buch zerfällt in einen experimentellen und einen klinischen Theil. In dem ersten (grössern) Theile giebt S. nach einer äusserst ausführlichen Zusammenstellung alles bisher auf diesem Gebiete in Deutschland und dem Auslande Geleisteten seine eigenen Versuche wieder, nachdem er eine detaillirte Beschreibung der Methode vorausgeschickt. Er experimentirte ausschliesslich am Ischiadicus, und zwar bei Kaninchen, Hunden, Meerschweinchen und einer Füchsin. In dieser Arbeit will nun Verf. bloss die Aenderungen in dem *functionellen* Verhalten der Nerven, die sich bei seinen Experimenten ergaben, beschreiben — die Bearbeitung der morphologisch-anatomischen Veränderungen an den Nerven nach experimenteller Dehnung ist einer späteren Arbeit vor-

behalten. Es wurde gedehnt mit approximativ variirter Kraft Dehnung mit blosser Hand — mit variirter und genau bemessener Kraft-Feststellung des Masses der Kraft mit einer Hebelwage; ferner wurde centrale und periphere Dehnung gemacht. Es wurden nach der Operation einer Prüfung unterzogen und mit dem vor der Operation durch mehrmalige Prüfung der betr. Functionen gewonnenen Status verglichen: das Verhalten der motorischen, sensiblen, trophischen und Reflexfunctionen, sowie auch der electr. Erregbarkeit; diese letztere war bis jetzt noch nicht in ihrem Verhalten nach experimenteller Nervendehnung untersucht worden. Die *hauptsächlichen* Resultate der Versuche sind: Es findet sich nach der Dehnung eine dem Grade der Dehnung proportionale motorische Lähmung, die in ihrem Verlaufe und ihrem Verhalten gegen den electr. Strom der „Entartungsreaction" ähnelt: wir besitzen in der Nervendehnung ein Mittel, durch Variirung der angewandten Kraft Lähmungen verschiedenen Grades zu produciren. Ebenso findet sich Lähmung der sensiblen und trophischen Funktionen (letzterer nur bei hohen Graden der angewandten Kraft). Die Lähmungserscheinungen — selbst weit vorgeschrittene — sind in hohem Grade restitutionsfähig: eine Regeneration ist selbst dann noch möglich, wenn zur Dehnung eine mehr als die Hälfte des Körpergewichts betragende Kraft verwendet wurde. Ferner übt die Nervendehnung auch auf nicht gedehnte Nerven eine Wirkung aus, und zwar besonders auf die gleichnamigen Nerven der anderen Körperhälfte. Da dies nur durch Vermittlung des Rückenmarks geschehen kann, so ist damit die Möglichkeit einer Wirkung der Nervendehnung auf das Rückenmark erwiesen. Die Dehnungsrichtung — ob centralwärts oder peripheriewärts — ist ziemlich irrelevant.

In den Beobachtungen der im *klinischen Theil* des Buches beschriebenen Fälle findet Verf. zunächst eine Bestätigung seiner experimentell gewonnenen Thatsachen; sodann ist erwähnenswerth, dass in dem grössern Theil der Fälle die *unblutige* Dehnung angewendet wurde, welchem Verfahren bekanntlich von mancher Seite die Wirksamkeit abgesprochen, beziehungsweise eine im Verhältniss zur blutigen Dehnung viel geringere Wirksamkeit zugesprochen wurde; Verf. kann sich dieser Ansicht nicht anschliessen, sondern findet, dass die Intensität, die bei dem unblutigen Verfahren zur Wirksamkeit kommt, vollkommen ausreicht, um die zu erwartenden Veränderungen zu erzielen. Die *practisch-therapeutischen Erfolge* der aufgeführten Fälle anlangend, so sind sie nicht mehr und nicht weniger ermuthigend, als die meisten der bisher mitgetheilten Beobachtungen. Die Beobachtungen vertheilen sich auf: 4 Fälle von Tabes (3 Mal Besserung 1 Mal negativer Efolg), 1 spastische Spinalparalyse (Besserung), 1 Paralysis agitans (kein Erfolg). In einem der „gebesserten Fälle von Tabes hält die Besserung jetzt schon $1^3/_4$ Jahre an: es ist dies der von Müller und Schweninger in diesem Centralblatt 1881 (Nro. 11 S. 241) beschriebene Fall. Die klinischen Beobachtungen haben dem Verf. gezeigt, „dass die Ischiadicusdehnung in der That auf gewisse Systemerkrankungen des Rückenmarks unter Umständen, deren empirische

Erforschung die Aufgabe ausgedehnterer Beobachtungen ist, einen modificirenden Einfluss übt.“ „Heilung ist bei Rückenmarkskrankheiten von der Dehnung nicht zu erwarten.“

Schönthal (Grafenberg).

---

38) **R. Victor** (Sorau): Ueber Geisteskrankheiten in Folge hoher äusserer Temperatur. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50. H. 1. Dezbr. 1883.)

Grosse Hitze kann akut oder durch länger dauernde Einwirkung, namentlich in Formen strahlender Wärme, Geistesstörungen erzeugen. Diejenigen, die sich auf erstgenanntem Wege entwickeln, möchte Verf. in Hitzschlag und Sonnenstich unterschieden wissen. Dieser entsteht, wenn Kopf und Nacken kürzere oder längere Zeit hindurch den directen Strahlen der Sonne oder einer anderen Wärmequelle ausgesetzt waren, jener zeigt sich auch bei bedecktem Himmel und in geschlossenen Räumen, sogar des Nachts, wie in Indien beobachtet worden ist, wenn die Hitze längere Zeit gedauert hatte. Es kommen beim Hitzschlag vornehmlich gewisse prädisponirende Momente in Betracht. Dahin gehört z. B. stark mit Wasserdampf gesättigte und mit Staub erfüllte Luft bei Märschen, in Verbindung mit der Respirationsbehinderung durch das Gepäck, ungesunder Arbeitsraum in Fabriken, geschwächte Constitution, Unmässigkeit jeder Art, vor allem abusus spirit. Unter Umständen können die Schädlichkeiten, die den Hitzschlag und den Sonnenstich erzeugen natürlich auch zusammenwirken. In Bezug auf die Symptome gleichen sich diese Affectionen im Grossen und Ganzen. Am anffallendsten ist eine oft enorm hohe Temperatur, die Psychosen des Hitzschlags können somit denjenigen bei akuten fieberhaften Krankheiten an die Seite gestellt werden. Die Einreihung in die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen, die man sonst für die ganze genannte Gruppe angenommen hat, kommt mehr dem Hitzschlag zu, bei dem die Sonnenstrahlen etc. das Centralnervensystem direct schädigen und so anatomische Veränderungen, wie intensive Entzündungen, Blutextravasate, Trübungen der Häute, sogar Sclerose und Abscesse daselbst zur Folge haben. Wie bei den Kopfverletzungen kann hier die Geistesstörung entweder direct durch den Reiz oder indirect durch die Entzündungen etc. entstehen.

Für die erst neuerdings gewürdigten Geistesstörungen, die sich im Gegensatz zu den eben besprochenen erst entwickeln, nachdem sich die Pat. lange Zeit hindurch, mitunter Jahre lang, hohen Hitzegraden und namentlich strahlender Wärme ausgesetzt hatten, bringt Verf. sehr interessante Beläge in Form von 15 Krankengeschichten. Die in den letzten 10 Jahren zu Eberswalde beobachteten Patienten stammten mit einer einzigen Ausnahme aus den Gewehrfabriken und Artilleriewerkstätten zu Spandau, und hatten sämmtlich anhaltend bei grosser Hitze zu arbeiten gehabt. Was die einzelnen Erkrankungsfälle betrifft so war in 5 Fällen Erblichkeit nachzuweisen. Ein Kranker war starker Trinker, die anderen sollen alle einen geregelten Lebenswandel geführt haben. In 5 Fällen hatten die Kranken früher schwere Krankheiten durchgemacht. Syphilis konnte mit Sicherheit in keinem Falle nachgewiesen werden. In einem Falle bestand ein Herzfehler. Besondere

Charaktereigenthümlichkeiten werden einigemal erwähnt. Ueber den früheren Ernährungszustand und die Constitution lässt sich nichts bestimmtes sagen, da manche Kranke bei der Aufnahme in Folge der Krankheit schon bedeutend herunter gekommen waren, doch scheinen die meisten kräftige und gesunde Leute gewesen zu sein. In allen Fällen begann die Krankheit allmälig. Fast immer wurden die Kranken zunächst unruhig, klagten über Kopfweh und öfter ging ein Stadium tieferer Depression, ja einigemal ein ausgeprägtes melancholisches Stadium mit Selbstmordtrieb dem Ausbruch der eigentlichen Geisteskrankheit voraus. In 10 Fällen entwickelte sich nur die Krankheit zu dem ausgesprochenen Bilde der progressiven Paralyse.

Von den übrigen 5 Fällen waren 2 Melancholiker (der eine indess mit einer verdächtigen Sprachstörung) und 3 Verrückte. Von den Erkrankten starben 9, 4 wurden entlassen, darunter 1 geheilt (Melancholie) 2 (Verrücktheit) befinden sich noch in der Anstalt.

Die Section ergab die für Paralyse charakteristischen Veränderungen. Kron (Berlin).

II. Aus den Vereinen.

Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 3. Novbr. 1883. (Le Progrès méd. Nro. 46. 1883.)

39) *Ueber die Vitalität der Kaltblüter* hat **Richet** Untersuchungen angestellt, die das interessante Resultat ergeben, dass die Zahlenwerthe ganz erheblich variiren, je nach der Spezies der Kaltblüter. Die Seefische zeigen in dieser Beziehung ein anderes Verhalten als die Frösche.

Regnard berichtet bei dieser Gelegenheit bezüglich der ungeheuren Resistenzfähigkeit der Kaltblüter folgende Thatsache. Im physiologischen Laboratorium der Sorbonne waren einem 3 Meter langen Krokodil sämmtliche Eingeweide herausgenommen worden. Trotzdem war das Thier noch 12 Stunden später im Stande Bewegungen auszuführen und die Contraction seiner Kaumuskeln markirte in diesem Zustande 29 Kilogr. am Dynamometer.

Nach Paul Bert liegt es nicht bloss an der Disposition der Respirationsorgane, dass bei den Fischen die Resistenzfähigkeit so erheblich verschieden ist. Seinen experimentellen Untersuchungen zufolge steht die Widerstandsfähigkeit im umgekehrten Verhältniss zu der Schnelligkeit, mit welcher die Muskelfasern den Sauerstoff absorbiren. Der Muskel der Blicke, eines Fisches, der ausserhalb des Wassers sofort zu Grunde geht, absorbirt in ein und derselben Zeit drei Male so viel Sauerstoff wie der Muskel des Aals, dem bekanntlich die grösste vitale Resistenz eigen ist.

Sitzung vom 17. Novbr. 1883. (Le Progrès méd. Nro. 47. 1883.)

40) **Ch. Richet**: *De l'influence de la température et de la pression sur les réflexes des poissons.*

Asphyxie tritt in dem Maasse schneller ein als der Druck zunimmt und je mehr das Thier in Wasser gelöstem Sauerstoff absor-

birt. R. hat sich gleichfalls davon überzeugt, dass die in einer bestimmten Tiefe gefischten Thiere in den Behältern der Laboratorien nicht leben können, wo das Wasser sich unter dem normalen Druck befindet.

41) **Paul Bert** macht eine Mittheilung über den *Antagonismus von Atropin und Morphium mit Chloroform.* Lässt man einen Hund, dem zuvor 0,10 Atropin injicirt worden, Chloroform einathmen (10,0 Chloroform auf 100 Liter Luft), so stirbt derselbe erst nach $3^1/_2$ Stunden während ohne Atropin der Tod schon nach $2^1/_4$ Stunde eintritt. Ein Hund, dem 0,10 Morphium subcutan injicirt worden war, respirirte $5^1/_4$ Stunde lang die Chloroformmischung und blieb am Leben. Ein anderes Thier erhielt Morphin und Atropin ca. 0,05 und ging erst zu Grunde, nachdem es $5^1/_4$ Stunden lang Chloroform eingeathmet hatte. Anstatt den Tod zu beschleunigen, halten also die beiden Mittel denselben auf. Welchen Nutzen die Praxis aus diesem Verfahren ziehen kann, werden erst fernere Untersuchungen zeigen. B. macht schliesslich darauf aufmerksam, dass der Tod stets durch Stillstand der Respiration, niemals durch Herzstillstand eintritt. Bei einem morphinisirten Hunde beobachtet man während der Anästhesie eine auffallende Verlangsamung der Respirationsbewegungen: 3 bis 4 Athemzüge in der Minute; das Herz dagegen zeigt eine Beschleunigung seiner Bewegungen. Rabow (Berlin).

III. Tagesgeschichte.

Aus Prag. Als Nachfolger in der Professur für Psychiatrie (Prof. Dr. Fischel ist um seine Entlassung eingekommen) sind vom Professorencollegium der deutschen Facultät vorgeschlagen: v. Krafft-Ebing in Graz und Arnold Pick, Director der Irrenanstalt in Dobrzan.

Aus Wien. Professor Dr. Obersteiner ist von der Société medico-psychologique zu Paris zum „membre associé etranger“ ernannt worden. (Wir gratuliren unseren verehrten Mitarbeiter herzlich zu dieser Auszeichnung. Red.)

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Stefansfeld (Elsass), 2. Ass. Arzt, 13. März, 1200 M., ganz freie Station. 2) Halle a. d. S., Psych. Klinik u. Prov.-Irrenanstalt, Volontairarzt, M. 1200, freie Station. 3) Eichberg (Nassau), 3. Hilfsarzt, 900 M. (Anfangsgehalt) fr. Stat. 4) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **1. Februar 1884.** **Nro. 3.**

INHALT.

I. Originalien. Max Buch: Beitrag zur Kenntniss der Haut-Gefässnerven des Menschen.

II. Original-Vereinsberichte. I. Berliner medicinische Gesellschaft. II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. III. Psychiatrischer Verein in St. Petersburg.

III. Referate und Kritiken. Manasseïn: Ueber die Schrift im Allgemeinen, die Spiegelschrift im Besonderen und die Bedeutung beider Halbkugeln des Grosshirns. Hunnius: Zur Kasuistik der akuten aufsteigenden Spinalparalyse. Mickle: Halbseitiges Schwitzen. Van Deerver: Trigeminus-Neuralgie. Brower: Geistesstörung nach Trauma. Kiernan: Geistesstörung nach Chinin. Kiernan: Pocken und Geistesstörung. Parsons: Uebertragung von Geistesstörung. Rey: Fall von erblicher Paralyse. Camuset: Fall von chronischer Bleivergiftung unter dem Bilde des paralytischen Blödsinns. Mabille: Paralytischer Blödsinn im Gefolge von Variola. Rey: Ueber die therapeutische Wirksamkeit der Erythrina corallodendron. Camuset: Ueber alkoholistische Pseudoparalyse.

IV. Miscellen. Taylor: Eine neue Sattelkrücke. Vorstädter: Handschuh-Elektroden für Elektro-Massage.

V. Tagesgeschichte. Aus Berlin.

VI. Personalien.

I. Originalien.

Beitrag zur Kenntniss der Haut-Gefässnerven des Menschen.

Von Dr. MAX BUCH in Helsingfors.

In einer früheren Arbeit*) habe ich gezeigt, dass unter dem Einflusse eines mässigen Kältereizes, wie Abheben der Decke von den Beinen, Auflegen eines mässig kühlen Umschlages auf eine beschränkte Hautpartie, die Temperatur der benachbarten Partieen steigt, bei Auflegen eines Stückes Eis aber im weiten Umkreise fällt. Ich erklärte dies auf die Weise, dass bei mässigem Kältereize nur rein local die vasomotorischen Nerven oder ihre peripheren Centren vom Reize getroffen werden, die vom Reize getroffenen kleinsten Gefässe sich contrahiren und in Folge dessen in der Nachbarschaft eine collaterale Hyperämie entstehe, welche die Temperaturerhöhung bedingt. Bei starkem Reize jedoch würden reflectorisch die Centren des Rückenmarkes erregt, wodurch eine Herabsetzung der Temperatur in weitem

*) Max Buch: Beitrag zur Kenntniss der peripheren Temperatur des Menschen. Inaug. Diss. Dorpat 1877.

Umkreise bewirkt werde. Ein Krankheitsfall nun, in welchem der Reflexbogen durch acute Myelitis ausgeschaltet war, gab mir in erwünschter Weise, wie nur das physiologische Experiment es zu bieten vermag, die Möglichkeit, die Richtigkeit meiner Anschauung zu controliren. Ich gebe daher im Folgenden eine kurze Beschreibung des Falles und die Protocolle der an demselben angestellten Experimente, welche, wie ich glaube, auch in anderer Richtung interessante Schlüsse erlauben.

Fabrikarbeiter, 21 Jahre alt. — Seit 29. Septbr. Tripper; seit dem 2. Oct. Harnverhaltung; seit dem 4. oder 5. Oct. Harnträufeln.

Status praesens 8. October 1879. Der Blasengrund steht über dem Nabel; Stuhlverstopfung seit 4 Tagen. Harn, durch den Katheter entleert, sauer reagirend, trübe, dunkel. Verordnung: Laxans; Kali chloric 8 : 280,6 Mal täglich einen Esslöffel.

9. Oct. Ich hatte den elastischen Katheter beim Patienten zurückgelassen; er hatte ihn sich selbst im Laufe der Nacht mehrere Mal eingelegt. Harn alkalisch, stark trübe, mit eitrigem Bodensatz.

10. Oct. Die Ueberführung in's Krankenhaus, obgleich gestern schon angeordnet, erfolgt erst heute.

Status pr. 10. Oct.: Harn dicklich, stinkend, starker Bodensatz von Eiter und geronnenem Blut, welcher den Katheter beständig verstopft. Zum Schluss Entleerung von stinkendem Gase. — *Vollständige Lähmung beider Beine; Vollkommene Anästhesie und Analgesie von der Höhe des Schwertfortsatzes abwärts.* Lungenemphysem; Lungengrenze rechts 9. Intercostalraum. Leberdämpfung kaum, Herz- und Milzdämpfung gar nicht vorhanden. Herztöne rein; zweiter Ton an der Herzspitze stärker accentuirt als der erste. Ueber die Axeltemperatur habe ich keine Notiz, doch erinnere ich mich, dass sie fieberhaft war.

Verlauf: Trotz der energischen desinficirenden Einspritzungen nahm die Entzündung der Blase beständig zu, die Blutcoagula wurden immer reichlicher, ebenso die Gasentwicklung. Als ich später ihres grösseren Lumens wegen silberne Katheter anwandte, zeigte sich das vor dem Einlegen vollständig blanke Instrument nach der Herausnahme jedes Mal tief schwarz-blau angelaufen und konnte nur mit aller grösster Mühe wieder reingeputzt werden. Das in der Blase durch Zersetzung von Eiter und Blut gebildete Gas bestand also aller Wahrscheinlichkeit nach aus Schwefelwasserstoff. Die Grenze der Anästhesie und Analgesie rückte übrigens beständig herab und verlief am 17. Oct. vorn etwas unterhalb des Nabels, hinten auf der Mitte des Kreuzbeines. Tod am 23. Oct. Section nicht gestattet.

Wir hatten es hier offenbar mit einer von der Blase fortgeleiteten acuten Entzündung des Rückenmarkes zu thun.

Ueber die Anordnung der Experimente erwähne ich Folgendes: Ein gewöhnlicher klinischer Thermometer wurde, das Quecksilbergefäss mit etwas Watte bedeckt, durch eine Tour einer Leinbinde an der vorderen Fläche des Oberschenkels in seinem oberen Dritttheil möglichst leicht aber sicher befestigt. Das Experiment wurde begonnen, wenn die abgelesene Temperatur wenigstens 5 Minuten dieselbe war. Die Lufttemperatur betrug 18—20° C. Die Beine sind im Beginn des Versuches bis zum Becken entblösst bis das Thermometer sich stabil einstellt.

I. 14. October 1879.

Zeit.	Temperatur C.	Bemerkungen.
2 U. 17 M.	33,30	
— 22 „	33,30:	Ein Stück Schnee etwa 4″ unterhalb des Quecksilbergefässes angelegt.
— 23 „	33,40	
— 24 „	33,52	
— 25 „	33,56	
— 26 „	33,60	
— 27 „	33,60	
— 28 „	33,60	
— 29 „	33,60:	Mehr Schnee 1″ näher
— 30 „	33,60	
— 31 „	33,60	
— 32 „	33,60:	Noch Schnee, an die hintere äussere Fläche des Schenkels.
— 33 „	33,62	
— 34 „	33,62	
— 35 „	33,62:	Noch mehr Schnee an die hintere äussere Fläche.
— 36 „	33,64	
— 37 „	33,65	
— 38 „	33,66	
— 39 „	33,67	
— 40 „	33,66:	Noch Schnee an die hintere innere Fläche des Oberschenkels.
— 41 „	33,67	
— 42 „	33,68:	Noch Schnee an die hintere äussere Fläche, so dass diese fast ganz mit Schnee bedeckt ist sowie ein Theil der vordern.
— 43 „	33,70:	Aller Schnee fortgenommen; wo er gelegen, ist die Haut geröthet.
— 44 „	33,69:	Der Oberschenkel wird vorsichtig abgetrocknet.
— 45 „	33,68	
— 46 „	33,68	
— 47 „	33,68	
— 48 „	33,68	
— 49 „	33,67	
— 50 „	33,67	
— 51 „	33,66	
— 53 „	33,66	

II. 17. October 1879.

Zeit.	Temperatur C.	Bemerkungen.
6 U. 20 M.	—	Thermometer wird befestigt und dann der ganze Körper warm zugedeckt.
— 52 „	35,60:	Gleich nachdem die Beine bis zur Mitte der Scala blosgedeckt worden, während der

obere Theil des Schenkels der das Reservoir trägt, bedeckt blieb. Die Beine wurden nicht wieder zugedeckt.

—	53	„	35,60
—	54	„	35,60
—	55	„	35,65
—	56	„	35,69
—	57	„	35,73
—	58	„	35,79
—	59	„	35,85
7 U.	—	„	35,90
—	1	„	35,94
—	2	„	35,99
—	3	„	36,06
—	4	„	36,10
—	5	„	36,14
—	6	„	36,19
—	7	„	36,23
—	8	„	36,28
—	9	„	36,33: Die Beine für 2 Minuten wieder ganz bedeckt und um 7 U. 11 M. wieder blosgedeckt wie bei 6 U. 52 M.
—	11	„	36,28
—	12	„	36,24: Wieder bedeckt und nach 2 M. blosgelegt wie früher.
—	14	„	36,20
—	15	„	36,19
—	16	„	36,22
—	17	„	36,26
—	18	„	36,31
—	19	„	36,37
—	20	„	36,42

Wir sehen also nach Ausschluss des Rückenmarkes noch ähnliche Verhältnisse fortbestehen, wie sie bei Gesunden beobachtet werden; auch hier sehen wir z. B. bei Abheben der Decke die Temperatur in der Nachbarschaft steigen, beim Zudecken fallen; gleichwohl aber können wir doch wesentliche und wichtige Unterschiede feststellen, welche vollständig unsere durch frühere Arbeiten gewonnene Anschauung bestätigen. Einmal sehen wir die Reaction immer erst sehr spät und geringfügig, also sehr träge eintreten. In Exp. II. werden um 6 Uhr 52 Min. die Beine losgedeckt, während der Theil des Oberschenkels, welcher das Gefäss des Thermometers trug, bedeckt blieb, und erst nach 3 Minuten, um 6 U. 55. Min. sehen wir die Reaction beginnen, das Thermometer zeigt das erwartete Steigen der Temperatur an der benachbarten bedeckt gebliebenen Hautstelle an, welches dann auch, wie gleichfalls erwartet werden musste, fortdauerte während der ganzen Zeit, wo die Beine losgedeckt blieben. Als sie dann für 2 Minuten ganz bedeckt wurden, so zeigte sich beim neuerlichen Losdecken zwar

eine kleine Herabsetzung der Temperatur, doch erfolgte zunächst keine Erhöhung, wie eigentlich zu erwarten stand, sondern das Fallen dauerte noch eine Minute lang fort (7 U. 12 M. und 7 U. 15 M.) und macht dann erst wieder einem Steigen Platz (7 U. 16 M.). Dieselbe ausserordentliche Trägheit der Reaction können wir auch sowohl bei Auflegen des Eises (Exp. I.) wie bei Abnahme desselben beobachten, ein sehr langsames Steigen bei Auflegen von Eis in der Nachbarschaft und ein sehr langsames Fallen nach Abnahme desselben.

Diese Trägheit der Reaction ist aller Wahrscheinlichkeit nach mit der von mehreren Beobachtern (Van der Beke Callenfels,*) F. Goltz**) u. A.) beobachteten Eigenthümlichkeit der peripheren Nervencentra zu erklären, dass sie von ihrer normalen Verbindung mit dem Rückenmarke losgelöst anfangs gar nicht functioniren und nur allmälich selbständig zu arbeiten lernen. Ihre Function bleibt aber immer weniger energisch und träger als der sie normaler Weise beherrschenden Rückenmarkscentren.

Eine andere capitale Abweichung von der Norm sehen wir jedoch in unserem Falle bei Eisapplication: die Temperatur der Nachbarschaft fällt nicht, sondern steigt, und je mehr man Schnee in der Nachbarschaft des Quecksilbergefässes auf den Schenkel häuft, um so mehr steigt die Temperatur der Haut unter dem Qnecksilber. Der starke Kältereiz wirkt eben nach Ausschluss des Reflexbogens ganz ebenso nur örtlich, wie der schwache, es erfolgt nur eine örtlich beschränkte Ischämie und dadurch collaterale Fluxion. Das Fallen der Temperatur nach Fortnahme des Eises aus der Nachbarschaft erfolgt nur sehr träge und unvollständig. Während zwar die Oberfläche eine Spur von „Reaction“ im Sinne der Balneologen aufweist d. h. eine schwache Röthung unter dem Schnee zeigt, muss doch der Gefässkrampf in tieferen Schichten auch nach Fortnahme des Eises noch fortbestehen. Die Röthung der Haut kann übrigens keineswegs mit Sicherheit auf Beschleunigung des Blutlaufes der gerötheten Stelle bezogen werden, sie könnte im betreffenden Falle ganz ebenso gut auch so gedeutet werden, dass die Venen stärker verengert sind als die feinsten Arterien und Capillaren und die Röthung daher auf Blutstauung beruht.

Die beiden von uns beobachteten durch Ausschluss der Rückenmarkscentren zu Stande gekommenen Abnormitäten der Kältewirkung: ihre Trägheit und die perverse Temperaturerhöhung bei Auflegen von Eis in der Nachbarschaft, sie erlauben uns noch einige wichtige practische Schlusssätze in Bezug auf die Lehre von der Erkältung und den Erkältungskrankheiten, besonders bei Rückenmarkskranken, zu ziehen.

Beim gesunden Menschen sind es, wie von vielen Forschern, Winternitz, Runge und vielen Anderen über allen Zweifel gestellt worden ist, nur die Gefässreflexe, die pressorischen und depressorischen im weitesten Sinne, welche die Temperatureinwirkungen auf unseren Körper unschädlich machen. Wenn nun diese Regulatoren zerstört

*) Zeitschr. f. rationelle Med. 1855. VII. S. 158 ff.
**) Centralbl. f. d. med. Wiss. 1863. S. 497.

sind, so sind wir diesen Einflüssen schutzlos Preis gegeben, da erfolgt nur träge und unvollständig eine Reaction, wo sie unter normalen Verhältnissen schnell und kräftig erfolgt; da sehen wir Stauungen, collaterale Hyperämie eintreten, wo unter normalen Verhältnissen durch Vermittelung des Reflexbogens eine schützende Anämie auftritt. So ist aller Wahrscheinlichkeit nach auch die auffallende Erscheinung zu erklären, dass Patienten mit chronischen Rückenmarksleiden, zumal Tabiker, meist an intercurrenten acuten Krankheiten, am häufigsten an Pneumonie zu Grunde gehen. Dass speciell bei vorgeschrittener Tabes ähnliche Verhältnisse beobachtet werden, wie wir sie hier kennen gelernt haben, habe ich übrigens schon früher gezeigt.*)

Wir können jetzt aus dem Gesagten weiter den practischen Schluss ziehen, dass wir die Kranken, bei denen eine Beeinträchtigung der vasomotorischen Centren des Rückenmarkes wahrscheinlich ist, vor Kälteeinwirkungen zu schützen haben, wenigstens grosse Vorsicht anzurathen ist, und wieder ist es der weniger intensive aber ausgebreitetere Kältereiz, welcher mehr zu fürchten ist, als der intensivere aber weniger ausgebreitete.**) Wir sehen in unserem Falle bei Losdecken der Beine die Temperatur der benachbarten, bedeckt bleibenden Theile um $0{,}82^0$ innerhalb 30 Minuten steigen, während bei Auflegen von Eis in geringerem, wenngleich verhältnissmässig beträchtlicherem Umfange die Temperatur der Nachbarschaft nur um $0{,}40^0$ in fast derselben Zeit, 26 Min. steigt. Kaltwasserkuren dürfen also nur bei strengster Individualisirung angewandt werden, können aber dann von dem allergrössten Erfolge sein.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Januar 1884.

42) Herr **Rob. Meyer:** *Behandlungen von rheumatischen Facialislähmungen.*

Nachdem Vortragender zunächst die verschiedenen Grade und Formen der rheumat. Facialislähmungen besonders mit Bezug auf ihr electrisches Verhalten erörtert hat, erklärt er den Standpunct Erb's, der der electrischen Behandlung nur einen sehr relativen Werth zugesprochen, für zu schroff; er (Vortr.) habe günstigere Erfolge gehabt. Wenn man bei Facialis-Affectionen genau die Stelle des Foramen stylomastoideum aufsuche, so könne man dort häufig den geschwollenen, schmerzhaften Stamm des Nerven fühlen. An diesen Ort lasse er zunächst einige Blutegel setzen und dann feuchtwarme Umschläge machen. Nach diesen Vorbereitungen würde die eine Electrode eines faradischen

*) Westphal's Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. XI. S. 96. 1880.

**) Bei Rückenmarkssclerose ist die günstige Wirkung mässig kühler Bäder vielleicht gerade durch die dadurch hervorgerufene leichte Hyperämie des Rückenmarks zu erklären.

Apparats auf die Facialisstelle gesetzt, und die andere dem Patienten in die andere Hand gegeben und ein kräftiger Strom durchgeleitet. Durch dies Verfahren könne man nicht blos in frischen sondern auch in alten Fällen erhebliches leisten. — Vortragender berichtet über einen Fall, in welchem nach vieljährigem Bestehen der Lähmung im Verlaufe von 35 Sitzungen sehr bedeutende Besserung erzielt und weitere degenerative Prozesse verhindert wurden.

Sitzung vom 16. Januar 1884.

43) Herr **Limann:** *Die Prozesse gegen Friederika Zehmisch und Bertha Horlitz.*

In dem *ersten Falle* handelte es sich um eine 4 malige Fruchtabtreibung und Verleitung dazu etc. Die betr. Geschwängerte wurde später (oder schon zur Zeit der That?) geisteskrank und machte in diesem Zustande detaillirte Angaben über die an ihr und von ihr begangenen Verbrechen. Als sie „geheilt" war, wurde sie mit in Anklagezustand versetzt und blieb bei ihren Aussagen. Es wurden den *acht* Sachverständigen in Bezug auf die Angeklagte die Frage vorgelegt: ob jetzt geisteskrank? ob überhaupt? wie lange, resp. wann? ob ihre Aussagen auf Wahrheit beruhen oder Wahnvorstellungen sind? Die höchst interessanten Details entziehen sich einem Referat. Herr Limann befand sich sofern im Gegensatz zu allen andern Sachverständigen, als er die Inculpatin zwar für „in abnormer Gemüthslage" befindlich und für „formal" gestört erklärte, sie aber nicht als geisteskrank im Sinne des Strafgesetzbuches ansah. — Als später die Frage der Verhandlungsfähigkeit der Zehmisch aufgeworfen wurde, differirten die Sachverständigen ebenfalls.

Herr L. tadelt das Verfahren des Richters, der nicht jeden Sachverständigen über seine Beobachtungen, sondern jeden über den ganzen Krankheitsfall vernahm, sodass Meinungsabweichungen, die das Gesammtgutachten schwächen mussten, kaum zu vermeiden waren. Ebenso seien die Aussagen der Sachverständigen beeinträchtigt durch das „Zerpflücken" seitens des Staatsanwalts.

Der *zweite* Process betraf eine 25 jährige Hysterische, die in einem Zustande von transitorischer Störung ihren früheren Geliebten durch Uebergiessen mit Schwefelsäure getödtet hatte. — Die Angeklagte wurde dem Gutachten des Vortragenden gemäss freigesprochen.

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 14. Januar 1884.

44) Herr **Remak** *demonstrirte das Hirschmann'sche absolute Verticalgalvanometer,* das die Präcision des früher besprochenen Edelmann-'schen Horizontalgalvanometers besitzt, ohne dessen grosse Zartheit zu haben. Dies ist besonders durch Anwendung eines astatischen, durch ein Gewicht in verticaler Lage gehaltenen Nadelpaares erreicht. Der Kasten ist mit der Scala, die nach halben Milliampères eingetheilt ist, fest verbunden, so dass Niveauunterschiede des Tisches leicht ausgeglichen werden können. Zugleich kann durch eine sinnreiche Ein-

richtung einer Veränderung des 500 Siemens'sche Einheiten betragenden Widerstandes begegnet werden. Einer Verbesserung bedarf, wie Herr Bernhardt und Herr Eulenburg hervorhoben, die noch nicht hinreichende Dämpfung.

Herr Westphal besprach als Einleitung zu dem nächstfolgenden Vortrage die Erkrankung peripherischer Nerven bei Tabes. Bei einem Kranken mit Affection der Hinter- und Seitenstränge fand sich exquisite Atrophie der Nn. cutan. femor. post., in einem anderen Falle totale Atrophie des n. saphenus maj. und min., während sich die übrigen Hautnerven unverändert zeigten.

45) Herr **Sakaky:** *Untersuchung peripherischer Nerven bei Tabes.* Der Fall betraf eine 38 jährige Tabeskranke, die vor mehreren Jahren an Kopfschmerz, Abstumpfung des Gefühls an Beinen und Armen (zugleich mit Eintritt in das Climacterium) erkrankte und später langsame Zunahme der bekannten Symptome der Tabes darbot. Die von den Hautnerven entnommenen Präparate wurden zur Controle stets mit solchen von gesunden Nerven verglichen. S. zählte auf dem Querschnitte von letzteren pro Quadratmillimeter ca. 3000 deutlich erkennbare markhaltige Fasern, fast die gleiche Zahl bei den Muskelästen des Quadriceps der Tabischen, und ca. 1020 beim saphenus min., ca. 2000 beim saph. maj.; die geringste Zahl fand sich bei den Hautzweigen des Unterschenkels, ca. 896, demnach nur das Viertel des Normalen. Sonstige als atrophische bezeichnete Veränderungen, wie Vacuolenbildung, vermehrte Kernbilduug u. s. f. hat Vortr. nicht gesehen.

46) Herr **Uthoff:** *Ueber Sehnervenatrophie.* Von 154 seit drei Jahren gesammelten Fällen waren 30% spinalen, 24% cerebralen, 19% neuritischen Ursprungs, 3% waren mit Dementia paralytica, 4% mit Retinaerkrankung complicirt, 3% waren auf Alcoholismus, 2% auf Anhämie nach Blutungen zurückzuführen, nur 15% stellten sich als genuine Atrophie dar. Die spinale Form betraf vorzüglich Männer (3 : 1), 15 der männlichen Kranken hatten kein Kniephänomen. Der Vortragende ist der Ansicht, dass die uncomplicirte genuine Atrophie durch weitere Abtrennung solcher Fälle, die eine vorderhand noch nicht aufgefundene centrale Begründung haben, mehr und mehr schwinden werde. Zur Erläuterung der Grösse und der Formen der auf Atrophie beruhenden Gesichtsfeldbeschränkung legte U. mehrere Projectionen vor. Matusch (Dalldorf).

III. Psychiatrischer Verein in St. Petersburg.

47) In der Novembersitzung 1883 hielt **W. Bechterew** einen Vortrag: *Ergänzende Daten zur Frage über den Verlauf pupillenverengernder Fasern bei höheren Thieren.*

Neuere Versuche haben Verf.'s folgende Ergänzungen zu in Pflüger's Arch. Bd. XXXI. veröffentlichten Arbeit geliefert. Einseitige Durchschneidung der centralen Substanz ruft bei Hunden Erweiterung und Reactionslosigkeit der gleichseitigen Pupille in dem

Falle hervor, wenn der Schnitt im Niveau oder hinter dem tuber cinereum geführt wurde, während eine Durchschneidung beider Hälften der centralen Substanz unmittelbar vor dem Chiasma, also vor dem tuber cinereum nur eine Verminderung der Pupillenreaction gegen Licht ohne vollständige Bewegungslosigkeit zu Stande bringt. Auf Grund dieser Thatsachen meint B., dass die pupillenverengernden Fasern in verschiedener Höhe von den Opticusfasern in den Tractus opticus abgehen, so dass ein Theil gleich nach Verlassen des Chiasma sich abzweigt, während ein anderer erst im weitern Verlaufe des Tractus diesen verlässt. Ferner machte Ref. darauf aufmerksam, dass bei Hunden zuweilen nach der Läsion der centralen Substanz im 3. Ventrikel gleichzeitig mit der reflectorischen Pupillenstarre eine sehr deutliche Myosis bald der einen, bald der andern Pupille, bald beider zugleich sich einstellt, besonders wenn nach der Operation kleine Blutgerinnsel am Orte der Läsion sich ansammelten. Die gleichzeitige Verengerung beider Pupillen führt B. auf eine Reizung der in der Nähe des tiefen Abschnittes des 3. Ventrikels verlaufenden pupillenverengernde Fasern zurück und bezeichnet diese Art Myosis als eine krampfartige im Gegensatze zu der nach Durchschneidung des Sympathicus auftretenden paralytischen.

48) In der *Sitzung am 11. December* machte Frau Dr. **P. Tarnowskaia** eine vorläufige Mittheilung *über die Veränderungen im Rückenmarke nach Nervendehnung* (des N. ischiadicus).

Die erste Nervendehnung wurde bekanntlich von Prof. Nussbaum 1872 wegen spastischer Contractur und sensibler Lähmung der obern Extremität ausgeführt. Seitdem ist diese Operation recht oft, aber mit sehr verschiedenem Erfolge besonders in Deutschland wegen verschiedner Nervenleiden, Neuralgien, Tabes dorsalis u. a. gemacht und ist die Literatur über diesen Gegenstand bedeutend gewachsen.

Die Frage nach etwaigen Veränderungen im Rückenmarke nach Dehnung eines Nerven wird von den Beobachtern in verschiedenem Sinne beantwortet, von manchen aber ganz mit Stillschweigen übergangen. So leugnet z. B. Prof. Vogt einen solchen Einfluss der Nervendehnung auf das Rückenmark überhaupt. Dagegen gibt Dr. Gilette an, dass er am blosgelegten Rückenmarke eine Bewegung derselben mit dem darauf gelegten Finger, während starker Dehnung des Ischiadicus beobachtet habe, was von Prof. Gussenbauer (über Nervendehnung, Prag 1882) auf Grund einer Wiederholung dieser Versuche bestätigt worden ist. Prof. Westphal veröffentlichte in den jüngsten Charité-Annalen einen Fall von grauer Degeneration im Centralnervensystem mit Bemerkungen über Nervendehnung, wobei die Section im Brusttheile des Rückenmarks eine diffuse, im Lendentheile dagegen eine herdartige Degeneration nachwies; letztere wird von W. als eine Folge der Nervendehnung betrachtet.

In den Jahren 1881—82 hat die Vortragende im Laboratorium des Prof. Mierzejewski Versuche an Kaninchen mit Dehnung

des Ischiadicus angestellt, wobei sie den Einfluss der Dehnung auf das Rückenmark studiren wollte.

Die Zahl der Versuche betrug 40, in jedem wurde der Ischiadicus aber mit zwischen $^1/_3$ bis 5 Kilogrammes schwankender Kraft und mittelst eines nach Angabe von T. durch Colin in Paris angefertigten dynamometrischen Hakens gedehnt. Bei 8 Verzuchsthieren riss der Ischiadicus gewöhnlich bei einem Zuge von 4—5 Kilo, 11 gingen nach der Operation nach verschieden langer Zeit zu Grunde. Im Allgemeinen vertrugen die Kaninchen die Operation sehr gut und verheilten die meisten Wunden primär.

Nach der Dehnung des Ischiadicus trat immer im Verhältnisse zur angewandten Kraft eine Parese oder Paralyse der operirten Extremität auf, die electromusculäre Reaction auf den constanten und den inducirten Strom zeigte qualitative Veränderung (die Zuckungen unter der Anode fielen stärker als die unter der Kathode aus). Nach Verlauf von ungefähr $1^1/_2$ bis 2 Monaten ergab die electrische Untersuchung an denselben Kaninchen ein völlig normales Verhalten. Dr. Stintzing bestätigt in seiner vortrefflichen Monographie „über Nervendehnung“ diesen Befund, indem auch er die Leistungsfähigkeit des gedehnten Nerven sich nach einiger Zeit ad integrum restituiren sah.

Die Kaninchen wurden, um die Folgen der Nervendehnung auf das Rückenmark studiren zu können, nach Verlauf von einigen Tagen bis zu 6 Monaten nach der Operation getödtet.

Am Nerven selbst konnte man schon in den ersten Tagen nach der Dehnung an dessen peripherem Ende eine bedeutende Anschwellung des Myelins in Form eigenthümlich geformter Ampullen von verschiedener Grösse constatiren. Die Ranvier'schen Einschnürungen und normale Fasern wurden nur vereinzelt gefunden. Centralwärts in der Nähe der Dehnungsstelle wurden dagegen nur höchst selten degenerirte Nervenfasern gesehen.

Am Rückenmarke wurden folgende Veränderungen nach Ischiadicusdehnung beobachtet.

Bei Dehnungen mit einer Kraft von 600 Grammen liessen sich keine bedeutenden Veränderungen am Rückenmarke constatiren, während die pars lumbalis (und diese ausschliesslich) nach Dehnung mit 2—5 Kilo Zug folgende Abweichungen von der Norm zeigte.

1. Erweiterung des Central-Canals und Anfüllung desselben mit plastischem Exsudat.

2. Hyperämie mit punctförmigen Hämorrhagien hauptsächlich in den Hinterhörnern der grauen Substanz.

3. Proliferation der Neurogliazellen.

4. In dem dem gedehnten Ischiadicus gleichseitigen Hinterstrange Wucherung des Bindegewebes in Form feinfasriger, mit Sternzellen besetzter Netze, welche das Nervengewebe verdrängen. Auf dem Querschnitte des andern Hinterstranges sind die Goll'schen und Burdach'schen Bündel deutlich von einander zu unterscheiden.; in 3 Fällen

konnte die obenerwähnte Bindegewebswucherung schon am 7. Tage nach der Dehnung constatirt werden.

5. Rei Kaninchen, welche die Dehnung des Ischiadicus 4 und mehr Wochen überlebten, wurde eine Asymmetrie der Hinterstränge beobachtet und zwar war der, dem gedehnten Nerven gleichnamige Hinterstrang atrophirt.

6. Das Hinterhorn der atrophirten Seite verkleinerte sich und atrophirte in toto.

7. Die hinteren Rückenmarkswurzeln erschienen auf der operirten Seite dünner und weniger zahlreich.

8. Die Menge der Ganglienzellen im Vorderhorn der operirten Seite war verringert, Zellencontouren und -Inhalt blasser, zuweilen bis zum Verschwinden undeutlich, einige Male fehlten die Zellen.

Vortr. glaubt aus ihren Beobachtungen an Kaninchen schliessen zu können, dass die Dehnung des Ischiadicus einen deutlichen Einfluss auf das Rückenmark ausübt und im Lendentheile desselben traumatische Reizung, resp. Zerrung mit Blutergüssen und consecutiver Bindegewebswucherung im Hinterstrange der operirten Seite setzt.

Das theilweise Zerreissen von centrifugalen und centripetalen in verschiedener Höhe das Rückenmark verlassender Nervenfasern bedingt Atrophie des Hinterhorns und der hintern Wurzeln.

Vortr. hält diese 2 Momente für genügend, um die Atrophie der Hinterstränge, der Hinterhörner und der hintern Rückenmarkswurzeln zu erklären; diese Erscheinungen werden bei Kaninchen, welche nicht weniger als 4 Wochen nach der Dehnung des Ischiadicus gelebt haben, beobachtet.

49) In derselben Sitzung sprach **W. Bechterew** über *reflectorische Pupillenverengerung bei Vögeln.*

Der Vortragende hat zunächst bei der Durchschneidung des Sehnerven bei Tauben und Hühnern eine bedeutende Erweiterung und Unempfindlichkeit gegen Lichtreiz an der entsprechenden Pupille gesehen. Durch besondere Versuche sah B., dass jeder, in der Nähe der innern Abschnitte der Zweihügel befindliche Oculomotoriuskern den Irisbewegungen des entsprechenden Auges vorsteht, wie es auch bei den höhern Thieren der Fall ist. Er hat ferner Versuche angestellt, um die Art und Weise zu erkennen, wie der Lichtreiz vom Opticus auf den Oculomotorius übertragen wird. Zu diesem Zwecke zerstörte er die Zweihügel bei Tauben gänzlich, bald ein- bald beiderseitig; hierbei reagirten die etwas erweiterten Pupillen trotz der vorhandenen uni- resp. bilateralen Blindheit vollkommen normal. Dasselbe Resultat wurde erhalten, wenn mit den Zweihügeln zugleich auch die hier eintretenden Wurzeln der Tractus optici zerstört wurden. Wurde aber dieser letztere in seinem weiteren Verlaufe, näher zum Chiasma hin, lädirt, so zeigte sich am contralateralen Auge neben Blindheit eine ansehnliche Erweiterung der Pupille, welche gegen Lichtreiz bemerkbar schwächer reagirte, aber nie ad maximum sich erweiterte und nie starr wurde. Die gleichseitige Pupille erwies sich nach der oben erwähnten Operation in einigen Fällen als mässig erweitert

und schwächer auf Lichtreiz reagirend. Wurde nun ausser dem Zweihügel und dem entsprechenden Tractus opticus noch der anliegende Abschnitt der centralen Substanz zerstört, so traten neben Blindheit des contralateralen Auges deutliche Gleichgewichtsschwankungen bei den Thieren auf, welche zuweilen sich mit Zwangsbewegungen combinirten; zugleich waren beide Pupillen erweitert und reagiren schwach auf den Lichtreiz. Durchschnitt B. bei Tauben nach Entfernung der Grosshirnhemisphäre beide Tractus optici an ihrem Eintritt in die Zweihügel, so reagirten doch die recht weiten Pupillen gut auf starken Lichtreiz, was nicht mehr geschah, wenn ausser den angeführten Läsionen auch noch der anliegende Theil der grauen Substanz verletzt war.

Aus diesen Versuchen schliesst der Vortragende 1) *dass die pupillenverengernden Fasern bei Vögeln nicht in die Zweihügel eintreten, sondern hinter dem Chiasma vom tractus opticus auf verschiedener Höhe abgehen, um auf kürzerem Wege den Oculomotoriuskern zu erreichen* und 2) *dass diese Fasern sich hinter dem Chiasma unvollständig kreuzen.*

Während des Vortrages wurden die operirten Thiere den Anwesenden gezeigt.

50) **Bechterew** machte noch eine Mittheilung über einen interessanten *Fall von Blindheit, welcher mit Gesichtshallucinationen combinirt* war.

Bei einer der Versammlung vorgeführten 30jährigen Kranken, bei welcher weder Syphilis, noch ein Trauma des Schädels vorangegangen war, trat im halben Juni 1883 heftiger, mit Schwindel verbundener Kopfschmerz auf. Gleichzeitig wurde das Sehvermögen beider Augen schwächer, bis im September, immer progressiv, vollständige Blindheit sich zeigte. Um dieselbe Zeit wurden motorische Störungen unter dem Bilde von Gleichgewichtsstörungen, der Neigung nach links sich zu bewegen (beide Erscheinungen ziemlich schwach ausgeprägt) bemerkt; schliesslich gesellten sich Gesichtshallucinationen dazu.

Status praesens. Völlige Blindheit auf beiden Augen (Verlust selbst quantitativer Lichtempfindung); beide, etwas erweiterte Pupillen reagiren trotzdem gut auf starkes Licht. Deutlicher Nystagmus beider Augen, das Ophthalmoskop weist beiderseits Stauungspapille nach. Geringes Schwanken des Körpers bei einandergestellten Füssen, bei Lidschluss nimmt es etwas zu, die Bewegungen der Kranken zeigen eine deutliche Tendenz nach links, doch kann die Kranke nach einigen passiven Drehungen auf die eine oder die andere Seite sich kaum auf den Füssen halten. Die motorischen sowohl, wie auch die reflectorischen Functionen sind normal. Subjectiv klagt die Kranke über zeitweilig auftretendes Kopfweh, über Schwindel, welcher sich mit dem Gefühl des Drehens des Kopfes und des Rumpfes nach rechts combinirt. Die bis jetzt bestehenden Gesichtshallucinationen erscheinen in den verschiedenartigsten Formen, Anfangs sah die Kranke beständig vor ihr sich bewegende Thiere (Hunde und Pferde), später buntgekleidete Weiber und Kinder, endlich ganze Landschaften, eine schneebedeckte Strasse, auf welcher Schlitten mit Pferden und Insassen fahren, Mondschein am Himmel u. a. Während sehr heftigen Schwindel-

anfällen bewegen sich die Objecte der Hallucinationen immer in *einer* beliebigen Richtung.

Redner hält dafür, dass in diesem Fall eine Affection der Vierhügel vorliege mit gleichseitiger Erkrankung der vordern Kleinhirnschenkel (Gleichgewichtsstörung). Das besondere Interesse, welches die Kranke darbietet, besteht 1) im Vorhandensein der Pupillenreaction bei vollständiger Blindheit und 2) in dem Auftreten von complicirten Gesichtshallucinationen bei einer, durch Affection der Vierhügelregion bedingten Blindheit. Diese Hallucinationen entstehen nach Redner's Auffassung in der Gehirnrinde; ausserdem beeinflusst, wie es scheint, der Schwindel die Projicirung der Hallucinationen im Raume.

Hinze (St. Petersburg).

III. Referate und Kritiken.

51) **M. M. Manasseïn** (St. Petersburg): Ueber die Schrift im Allgemeinen, die Spiegelschrift im Besonderen und die Bedeutung beider Halbkugeln des Grosshirns. (St. Petersburg 1883. 8°. 158 S. 5 lithogr. Schrifttafeln. russisch.)

Frau M. bietet uns hier eine Fülle eigener Arbeit und solche eine Fülle von Citaten, dass sie bisweilen fast erdrückend wird.

I. Das erste Kapitel ist der Frage gewidmet, ob die normale Rechtshändigkeit eine ursprüngliche durch unsere Organisation begründete oder eine erworbene und später vererbte sei. Sie kommt zu dem Resultate, dass die letzte von Broca, Erlenmeyer u. a. vertretene Anschauung irrig ist. Dass in der That weder die Culturgewohnheiten, nähen, schreiben, noch die Religion die Rechtshändigkeit veranlasst haben können geht nach Verf. schon daraus hervor, dass die verschiedensten wilden nach zahlreichen Reisewerken von ihr namhaft gemachten Völker, welche mit unserer Cultur keinerlei Zusammenhang haben, rechtshändig sind. Ja die Japanesen halten sogar die Linkshänder für von der Gottheit begünstigt, wie ein Japanese der Verf. mitgetheilt; gleichwohl sind sie normal rechtshändig. Ferner verwerthet sie die Notiz Ogle's, dass auch bei den Affen der Gebrauch der rechten Extremität vorherrschend ist, also eine Neigung zur Rechtshändigkeit besteht. Endlich hat die Verf. an 6 Hunden Messungen des Umfanges der Extremitäten vorgenommen und stets ein Ueberwiegen der rechten Extremitäten gefunden. (Leider sind 6 Hunde sehr wenig Ref.) Auch hat sie die Bemerkung gemacht, dass Hunde rascher lernen die rechte Pfote zu geben als die linke und später auch häufiger die rechte geben als die linke. Verf. nimmt an, dass dieses nicht allein beim Menschen sondern auch bei verschiedenen Thierfamilien constatirte Ueberwiegen der rechten Extremitäten auf einer besseren Ernährung der linken Hirnhälfte gegenüber der rechten beruhe und zieht den direkten Ursprung der linken Art. carotis aus dem Aortenbogen zur Erklärung heran. Der unzweifelhaft von den verschiedensten Völkern geglaubte Zusammenhang der linken Hände mit bösen Kräften sei

so zu erklären, dass beim Gebrauch der von Natur ungeschickten Hand häufig Misserfolg eintrete und die Schuld davon bösen Geistern zugeschrieben werde.

II. Der früheste Ausdruck der Gedanken und Gefühle, der sich auch bei Thieren schon nachweisen lässt, ist die auf Reflexe beruhende Sprache mit Gesten, Verziehungen des Gesichtes und emotiven Ausrufen. Bei vielen Völkern überwiegt noch gegenwärtig die Rede mit Gesten und stets wieder sollen die Gesten hauptsächlich von der rechten Hand ausgeführt werden, während die linke eine Nebenrolle spielt. Dem entsprechend mussten auch die Hauptcentren für Rede und Schrift, welche ja beide nur eine weitere Ausbildung der Gesten- und Interjectionensprache bilden, in der linken Hirnhälfte sich ausbilden, denn es treten einfach statt der Gesten die Worte als Ausdruck der schon fertig vorgebildeten Vorstellungen auf. Die Richtigkeit dieser Annahme wird auf verschiedenem Wege nachgewiesen. Eine nothwendige Voraussetzung ist aber die Möglichkeit des Denkens ohne Worte, die Unabhängigkeit des Gedankens vom Worte. Ausser zahlreichen Thatsachen aus der Literatur führt Verf. noch folgende Beispiele an: Sie übersetzt sehr viel, denkt aber an ganz andere Dinge als an das was sie dem Stenographen dictirt, so dass sie vom Inhalt des übersetzten Buches durchaus nichts behält. Ihr Hund ferner, ein Bulldogge, umbelite sie freundlich, wenn er verdientermaassen bestraft worden war, schmollte dagegen längere Zeit wenn es unverdient geschah. Er hatte also schon eine Vorstellung von Recht und Unrecht, was einen sehr complicirten Denkprocess voraussetzt.

III. Verf. führt weiter aus, dass wie die Rede durch Ausbildung der emotiven Hautreflexe sich entwickelt, die Schrift durch Ausbildung der Gesten entstanden ist. Auf die verschiedenen Formen der Aphasie und Agraphie kann hier jedoch nicht näher eingegangen werden. Ich erwähne nur die Beobachtung der Verfasserin, dass in der Schrift von 5 Menschen die an Hirnasthenie in Folge von Ueberarbeitung litten, die Auslassungen sich folgendermaassen vertheilen: Endungen 40%, Hauptwörter 28%, Präpositionen, Fürwörter, Zahlwörter 15%, Zeitwörter 7%, Adjectiva und Adverbien 5%. Interjectionen gar nicht. Umstellungen der Silben aus einem Wort ins andere in 5%. Bei einer anderen Form von Hirnasthenie hat Verf. keine Auslassungen sondern Verdoppelungen von Worten gesehen.

IV. Die Spiegelschrift. Nach Darlegung der Literatur wendet sich Verf. gegen Erlenmeyer's Anschauung über die Bedeutung der Abductionsbewegung für die Schrift. Das Zeichnen und Nähen seien hauptsächlich Adductionsbewegung und viel älter als die Schrift. Auch entstehen die Hauptzüge der europäischen, japanischen, jüdischen Schrift, die Grundstriche durch Adductionsbewegung.*) Um der Sache

*) Die allerälteste und ursprünglichste Schrift aller Völker dürften wohl die Namenszeichen bilden, welche zur Bezeichnung des Eigenthums in die Gegenstände eingeschnitten werden und also auf centripetalen Bewegungen beruhen; darauf dürfte die Erfindung von Zifferzeichen folgen, welche gleichfalls eingeschnitten werden, gewöhnlich wohl in Stäbe. Vergleiche meine Schrift: „die Wotjaken" Stuttgart, (Cotta) 1882, Capitel: Einheimische Schreibkunst, S. 105.
Ref.

auf den Grund zu kommen hat Verf. 4 Versuchsreihen veranstaltet und baut ihre Schlüsse auf die so gewonnenen 2204 Schriftproben. Die Versuche bestanden in Folgendem: 1) Die Versuchsperson schrieb ein aufgegebenes Wort möglichst rasch mit der linken Hand in beliebiger Richtung. 2) Es wurde ein aufgegebenes Wort mit der r. und l. Hand zugleich in centripetaler Richtung geschrieben a) bei offenen, b) bei geschlossenen Augen. 3) Man liess die Versuchspersonen in den allerverschiedensten Richtungen schreiben und zwar bald mit einer Hand, bald mit beiden gleichzeitig, bald wie gewöhnlich auf dem Tische bald hinter dem Rücken etc. 4) Analoge Schreibversuche wurden mit den Füssen angestellt mittelst einer zwischen der ersten und zweiten Zehe befestigten Bleifeder. Die Versuchspersonen waren meistens 20—30 Jahre alt, Kinder zwischen 7—14 Jahre nur 6, die meisten, 106 Personen, waren mehr oder weniger gebildet, während nur mässig schreibkundige (Soldaten, Bauern) nur 10 Mann waren. Es würde uns zu weit führen, die einzelnen meist sehr sinnreichen und interessanten Versuche genauer zu verfolgen, wir müssen uns hauptsächlich mit den Resultaten der ganzen Reihen begnügen.

1. Reihe 305 Proben 2. Reihe 232 Proben. In centrifugaler Richtung wurde stets nur in Spiegelschrift geschrieben, nur einige wenige schrieben, wenn sie mit der linken Hand in centrifugaler Richtung schreiben sollten, die Buchstaben in normaler Form, d. h. sie verbanden die einzelnen Buchstaben nicht untereinander. Aus beiden Reihen zieht Verfasserin den Schluss, dass die Ursache der Spiegelschrift beim centrifugalen Schreiben mit der linken Hand in dem Umstande zu suchen sei, dass unsere Schriftzeichen grösstentheils unsymmetrisch sind und wir die Gewohnheit haben die einzelnen Buchstaben miteinander zu verbinden. Wenn man also mit der linken Hand in centrifugaler Richtung schreibt und die Buchstaben stets miteinander verbindet, so kann man natürlich nicht anders schreiben als in Spiegelschrift. Dieselbe Erscheinung zeigt auch die japanische Schrift; wurde hingegen von unten hinauf, also in abnormer Richtung mit der linken Hand geschrieben, so fiel die Schrift in normaler Form aus. Um die Richtigkeit ihrer Anschauung zu prüfen, liess nun Verf. Proben mit beiden Händen in den verschiedensten Richtungen schreiben, z. B., so, dass die Buchstaben auf den Kopf zu stehen kommen, bald von links nach rechts, bald umgekehrt, mit einer oder beiden Händen etc. Die Einzelheiten dieser Versuchsreihe sind sehr interessant und beweisen wirklich überzeugend die Richtigkeit von Verfasserin's Anschauung. Es geht nämlich daraus klar hervor, das die Richtung, in welcher wir schreiben, an und für sich keinen wesentlichen Einfluss auf das Zustandekommen der Spiegelschrift hat, da z. B. die linke Hand beim centrifugalen Schreiben stets normale Schrift giebt, wenn die Buchstaben dabei von unterst zu oberst versetzt sind und umgekehrt die rechte Hand Spiegelschrift bei derselben Schreibweise. Bei centripetalem Schreiben zeigt sich die umgekehrte Erscheinung. Beim Schreiben hinterm Rücken wieder kommt überall das Umgekehrte davon zur Erscheinung, als bei gewöhnlichem Schreiben, d. h. wo hier

normale Schrift erfolgt, erscheint dort Spiegelschrift und umgekehrt. Zum Zustandekommen der Spiegelschrift mit der linken Hand genügt darnach auch nicht die Erklärung Vogt's und Peretti's, wonach die anatomische Lage der Beuge- und Streckmuskeln eine Hauptrolle spielen sollen, da derselbe Buchstabe mit denselben Muskeln bald in Spiegelschrift, bald in normaler geschrieben wird, ebensowenig genügt die Anschauung Erlenmeyer's, dass symmetrische Coordinationscentren die Bewegung beider Hände in einer Richtung beherrschen. Noch weniger passt die Erklärung Küthe's, welcher alles auf die Vorstellung des Schreibers von der Form der Buchstaben und ihrer Lage zum Papier zurückführen möchte. Die einzige Erklärung, die alle Erscheinungen umfasst, ist danach diejenige der Verfasserin, wonach die Spiegelschrift hauptsächlich durch die unsymmetrische Form unserer Buchstaben zu Stande kommt im Verein mit unserer Gewohnheit, dieselben nur in bestimmter Richtung zu verbinden und zwar mit Strichen, welche von bestimmten Puncten aus von einem Buchstaben zum andern gezogen werden.

Vollkommen dieselben Resultate gaben auch die Schreibversuche mit den Füssen und befestigten also vollständig die Richtigkeit von Verfasserin's Erklärung. Dass gebildete Leute bei freigegebener Richtung mit der linken Hand sehr viel seltener in Spiegelschrift schreiben (von 200 Proben nur 8), während bei ungebildeten Personen 160 Proben 132 mit Spiegelschrift ergaben, wird durch die grössere Findigkeit der Gebildeten erklärt, sowie ihrer grösseren Uebung, ihre Muskeln zu beherrschen. Uebrigens wurde auch bei diesen Personen das Wort häufig (17 von 200 Proben) mit Spiegelschrift angefangen und dann meist der erste Buchstabe durchstrichen und in normaler Schrift fortgesetzt.

V. *Ueber das Verhältniss beider Gehirnhälften zu einander.* In den Schreibversuchen des vorigen Kapitels zeigte sich häufig die Erscheinung, dass in einem in Spiegelschrift geschriebenen Worte ein einzelner Buchstabe in normaler Form geschrieben ist; interessant ist nun, dass bei *zeitigem* symmetrischem Schreiben desselben Wortes mit beiden Händen zu gleicher Zeit, derselbe Fehler stets ohne Ausnahme in allen 290 derartigen Proben an demselben Buchstaben von beiden Händen begangen wird. Wenn z. B. die rechte Hand in Spiegelschrift schreibt und nur einen Buchstaben des Wortes in normaler Form, so schrieb die linke Hand denselben Buchstaben in Spiegelschrift, während die übrigen Buchstaben in normaler Form erschienen, und umgekehrt. 155 Mal von 290 zeigte sich diese Erscheinung, wenn die rechte Hand Spiegelschrift, die linke normal schrieb, und 135 Mal, wenn die linke Hand Spiegelschrift, die rechte Hand in normaler Form schrieb. Dieses in so vielen Fällen ausnahmlose Compensiren des Fehlers der einen Hand durch die andere brachte Verfasserin auf den Gedanken, dass die beiden Gehirnhälften sich gegenseitig compensiren, die eine zeitweilig die Rolle der andern übernimmt. Befestigt wurde sie in dieser Anschauung durch die Thatsache, dass sie in 3 Anfällen von starker linkseitiger Migräne mit der linken Hand so fest und sicher

schrieb wie sie es bei normalem Zustande nie vermochte. (Die bez. Schriftproben, Taf. IV. V. sind sehr überzeugend.) Eine andere Person, gleichfalls mit linkseitiger Hirnmigräne, zeigte dieselbe Erscheinung bei jedem Anfall; eine Person jedoch, bei welcher die Migräne am linken Hinterkopf localisirt war, zeigte die Erscheinung gar nicht. Zur weiteren Prüfung der Frage wurde folgende Versuchsreihe unternommen. Bei Schlafenden, die auf dem Rücken oder ein wenig auf die Seite gekehrt lagen, wurde während des sogenannten ersten Schlafes das Gesicht, Brust oder Hals in der Medianlinie des Körpers mit einem spitzigen Hölzchen gereizt. Es wurden 95 solcher Versuche an 9 rechtshändigen Personen im Alter von 4—65 Jahren angestellt und das Resultat erhalten, dass von 95 Versuchen 88 Mal die Abwehrbewegung auf den Reiz mit der linken Hand gemacht wurde; in 4 Fällen wurden beide Hände zugleich erhoben und nur in 3 die rechte allein. In 45 Versuchen erfolgte auf die Reizung zunächst eine abwehrende Bewegung des Kopfes und dann erst wurde die linke Hand erhoben. Besonders überzeugend waren die Fälle, wo der Schlafende etwas auf die linke Seite gekehrt lag, die rechte Hand also freier war und gleichwohl bei Reizung in der Mittellinie oder sogar in deren Nähe auf der rechten Seite gleichwohl die Abwehrbewegung mit der linken Hand gemacht wurde. Hieraus zieht Verf. den Schluss, dass während der Zeit des tiefsten Schlafes die rechtshändigen Menschen linkshändig werden und umgekehrt die im Wachen linkshirnigen Menschen rechtshirnig werden. Damit stimmt überein, dass Träumende nach der Verf. Untersuchungen nur in 1% der Träume selber zu sprechen glauben, was sie damit erklärt, dass das Sprachcentrum in der linken Hemisphäre liegt. Das linke Hirn ist noch stärker ermüdet, während des Schlafes übernimmt daher das weniger ermüdete rechte Grosshirn die Rolle des linken. Verf. erinnert daran, dass das Prinzip der Compensation ja bei allen paarigen Organen beobachtet werde. Auf die weiteren noch 30 Seiten umfassenden Ausführungen über die Selbstständigkeit beider Grosshirnhälften folgen wir der Verfasserin nicht, da dieselben nicht auf eigenen Versuchen beruhen.

Buch (Helsingfors).

---

52) **Hunnius** (Glückstadt): Zur Kasuistik der akuten aufsteigenden Spinalparalyse. (Deut. med. Wochenschr. 43. u. 44. 1883.)

Die Verschwommenheit, die dem Krankheitsbilde der Landry-'schen Paralyse noch immer anhaftet, zeigt sich u. A. auch in den verschiedenen Angaben der Autoren über das Verhalten des Kniephänomens. In dem von H. beobachteten Falle fehlte dasselbe von der ersten Untersuchung an, um mit der Genesung wiederzukehren: 3 Wochen nach einer starken Erkältung bemerkte der 64 jähr. Kranke zunehmende Schwäche in beiden Beinen nebst Formication in den Zehen und Unterschenkeln. Die Schwäche bildete sich in etwa 4 Wochen zu einer fast vollkommenen Parese aus, an der sich in geringerem Grade auch die oberen Extremitäten betheiligten. Plantar- und Patellarreflex vollkommen erloschen. Kein Muskelschwund, keine Ataxie,

keine Schmerzen, ebensowenig Augenmuskellähmungen oder Störungen von Seiten der Blase und des Mastdarms. Hautsensibilität normal. Sensorium frei. Kein Fieber. — Nach weiteren 13 Tagen totale Paralyse aller 4 Extremitäten, noch 4 Tage später Respirationsstörung, bes. Behinderung der Exspiration, verbunden mit Störung der Kaubewegung und der Sprache. Allmälige Besserung, die sich zunächst in einer freieren Bewegung der Finger zeigte. Dieselben konnten schon zur halben Faust flectirt werden, als die Zehen und Füsse noch vollkommen bewegungslos waren. Auch im weiteren Verlaufe ging die Lähmung der oberen Extremitäten schneller zurück als die der unteren, indessen konnte Pat. schon 3 Wochen nach dem letzt mitgetheilten Befunde ohne Stock Besuche in der Nachbarschaft machen. 4 Monate später ging Pat. zu H. $1^1/_2$ Meilen zu Fuss. Alle Muskelbewegungen erschienen zu dieser Zeit wieder hergestellt. Das rechte Kniephänomen war zurückgekehrt, das linke fehlt noch, liess sich aber auch einige Monate später wieder nachweisen. Die electrische Erregbarkeit war bei diesen letzten Untersuchungen durchweg normal. Die Therapie hatte in länger fortgesetzten Einreibungen von Ung. ciner. längs der Wirbelsäule und in der Darreichung von Arg. nitric. in Pillen (zusammen 7,0) bestanden.

Electrodiagnostische Untersuchungen waren im Beginne und auf der Höhe der Krankheit nicht vorgenommen worden, was der Diagnose zum Nachtheile gereichen könnte. Verf. macht aber darauf aufmerksam, dass wenn wirklich Entartungsreaction vorhanden gewesen wäre, diese nach einer verhältnissmässig so kurzen Zeit nicht einem ganz normalen Verhalten Platz gemacht hätte. Auch seien die Abwesenheit von Muskelatrophieen und die Betheiligung des Bulbus, wie auch Westphal einmal in einem von Liégard publicirten Fall angenommen hat, noch bessere Kriterien für die Landry'sche Paralyse als der Nachweis normaler electrischer Erregbarkeit.

Kron (Berlin).

---

53) **Julius Mickle** (London): Unilateral Sweating; Note on further Cases of. (Halbseitiges Schwitzen.) (Journ. of ment. scien. 1883. Octob.)

Ein Paralytiker zeigte jedesmal nach epileptiformen Anfällen, die die rechte Seite zumeist betrafen und daselbst länger andauernde Parese zurückliessen, Schwitzen der rechten Gesichtshälfte.

Ein 40 jähriger chronisch Melancholischer hatte mehrmals mit Schweisstropfen bedeckte Haut der rechten Kopf-, Nacken- und Gesichtshälfte mit Ausnahme des Nasenflügels, während die linke Hälfte kaum feucht war, zu anderen Zeiten allgemeine Schweisse. Die Section ergab im ersten Falle nichts Positives, im zweiten einen Abscess im linken gyr. front. sec. und geringe Erweichung des rechten Quintus.

M. nimmt in Uebereinstimmung mit Luchsinger, Adamkiewicz u. A. secretorische Nerven für den Schweiss und eine einseitige Functionsstörung derselben in obigen Fällen an.

Matusch (Dalldorf).

---

54) **Van Derveer** (Albany N.-Y.): Report of cases of Trifacial neuralgia. (The alien. & neur. 4. 1883.)

Verf. hat mehrere Fälle von langdauernder, mit allen erdenklichen Mitteln vergeblich bekämpfter Quintusneuralgie durch Excission des Nerv. infraorbit. nebst *Entfernung des Ganglion sphenopalatin.* geheilt. Bei einer anderen Reihe von Fällen hatte derselbe von der Darreichung des Aconitin (Mercur.) $^1/_{100}$—$^1/_{80}$ gran in Lösung (3—4 mal täglich mehrere Wochen lang) Erfolg.

Kron (Berlin).

---

55) **R. Brower** (Chicago): Traumatism in relation to insanity. (The alien. & neur. 4. 1883.)

Folgende 3 Fälle von Geistesstörung nach Trauma theilt Verf. mit:

1) Ein 23 j. Mann von hervorragenden geistigen Fähigkeiten und gutem Ruf (er war Theilhaber einer renommirten New-Yorker Firma) trat aus Patriotismus zur Armee über und avancirte bald zum Kapitain, erhielt eine Contusion in der r. Parietalgegend ohne Knochenverletzung. Er war danach bewusstlos, erholte sich aber bald wieder, so dass er in einigen Tagen sein Commando wieder übernehmen konnte. Kurze Zeit nach der Verletzung begann er über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit zu klagen. Nach 4 Jahren erschien er reizbar, streitsüchtig und ausschweifend. Die Anfälle von Kopfschmerz wurden heftiger und verbanden sich mit Dipsomanie. Die frühere innige Zuneigung zur Familie verwandelte sich in Brutalität gegen dieselbe, so dass es zur Scheidung kam. Pat. zog nun nach Frankreich, wo er am Treiben der Communards regen Antheil nahm, wurde wegen versuchten Raubmords verurtheilt, entsprang aus dem Gefängniss und trieb sich später in Südafrika umher.

2) In diesem Falle bestand hereditäre Belastung. Der 39 j. bisher gesunde und ruhige Mann war nach wiederholten Schlägen auf den Kopf gleichfalls während des Bürgerkrieges 24 Stunden bewusstlos gewesen. Bei seiner Rückkehr (wie lange nachher?) zeigte er eine Veränderung des Charakters, Zanksucht und Wuthanfälle, bald auch Verfolgungsideen, die sich zugleich mit epileptoiden Anfällen mehr und mehr entwickelten und dahin führten, dass er seine Frau niederschoss. Ein Conamen suicidii unmittelbar darauf wurde vereitelt. Pat. wurde von der Jury zwar für geisteskrank erklärt, nichts desto weniger aber zum Tode verurtheilt, weil der Richter ausgeführt hatte, dass Geisteskrankheit in Folge von *Trunksucht* kein Entschuldigungsgrund wäre! Am nächsten Tage starb Pat. durch suicidium.

3) Ein gleichfalls hereditär disponirter Mann, der ausserdem während seiner Pubertätsperiode offenbar schon geistig abnorm erschienen war, sich aber dann angeblich wohl entwickelt hatte, wurde in seinem 42. J. von einer Locomotive überfahren und erlitt ausser einem Armbruch eine Kopfverletzung, nach der er mehrere Tage bewusstlos lag. Im Anschluss daran stellten sich häufige Anfälle von heftigem

Kopfschmerz, Reizbarkeit, Schreikrämpfe etc. ein. Ein Jahr darauf wurde Pat. abermals von einer Kopfverletzung mit nachfolgender bewusstlosigkeit betroffen. Die geistige Störung wurde jetzt offenbar. Pat. vernachlässigte seine Arbeit, verschwendete sein Vermögen und äusserte allerhand Wahnvorstellungen, er sei der 3. Sohn Gottes etc., lief mitten im Winter baarfuss und ohne Hut und Rock umher und erschoss schliesslich auf offener Strasse seine Frau, weil sie zu gut für diese Welt wäre und er sie deshalb in den Himmel senden müsste.

Kron (Berlin).

---

56) **J. G. Kiernan** (Chicago): Insanity from Quinine. (Geistesstörung nach Chinin.) (The alien. & neur. 4. 1883.)

Seinen früheren beiden Beobachtungen von Geistesstörung nach dem Gebrauche von Chinin (s. Ctrbl. 1882 S. 240) reiht Verf. folgenden an: Ein 38 j. hereditär dispon. Mann nahm gegen Intermittens einen Skrupel Chin. sulfur. auf einmal. Eine Stunde später stellte sich ein Erregungszustand mit Zerstörungssucht, Verwirrtheit etc., aber ohne Wahnvorstellungen oder Hallucinationen ein. Nach einer subcutanen Dosis von Coniin verschwanden diese Symptome in 2 Stunden. Die Aetiologie wurde durch dieselbe Wirkung einer zweiten Dosis Chinin festgestellt. Mit dem Sistiren desselben blieben auch die Anfälle aus.

Kron (Berlin).

---

57) **J. G. Kiernan** (Chicago): Variola and insanity.
(The Amer. journ. of neur. & psych. 3. 1883.)

Der Umstand, dass ein von Pocken befallener Geisteskranker im initialen Fieberstadium klar wurde und es 3 Wochen bis zu seinem durch eine Complication herbeigeführten Tode blieb, veranlasste Verf., die Insassen des New-York City Asyls zu impfen, um den Einfluss der Infektion auf die verschiedenen Psychosen zu prüfen. Es wurden dabei günstige, wie ungünstige Wirkungen beobachtet. Günstig — wenn auch nur vorübergehend während des Eruptions-Fiebers, das in solchen Fällen besonders stark aufgetreten war — wurden namentlich Melanch. attonita und agitata, progress. Paralyse, seltener Melanch. acuta, prim. Verrücktheit und chronische Verwirrtheit beeinflusst. Ein Pat. genas dauernd. Verschiedene Wahnvorstellungen (Vergiftung, Infection mit Syphilis, Imprägnirung mit Sparmatozoëen etc.) schlossen sich an den Act der Impfung an. Bei Paralytikern machten sich verschiedene trophische Störungen bemerkbar. Einige Melancholiker mit mangelhafter Blutcirculation litten an Gangrän der Finger und Zehen. Eine Anzahl Paralytiker trug hartnäckige Ulcerationen und ausgedehnte Abscesse an den Impfstellen davon. Bei zweien erfolgten in der fieberhaften Periode apoplectiforme Anfälle, u. s. w. Aus diesen Folgen schliesst Verf., dass der günstige Einfluss der Vaccination nicht allein auf das Fieber und die Eiterung, sondern auch auf vasomotorische Veränderungen zurückzuführen ist.

Kron (Berlin).

58) **R. S. Parsons:** Reciprocal insanity. (The alien. & neurol. 4. 1883.)

Verf. führt eine Reihe von Beispielen an, aus denen hervorgeht, dass unter gewissen Umständen Uebertragungen geistiger Störungen von einer Person auf die andere möglich sind, so bei gleicher Constitution und Disposition, besonders unter Mitgliedern einer Familie die ein inniges Zusammenleben führen. Namentlich sind es Erregungszustände die sich von einem Kinde auf ein anderes erstrecken können. Sind solche Individuen einmal erkrankt, so üben sie einen gegenseitigen schädlichen Einfluss auf einander aus. Diese „Ansteckung" ist im Beginne und während der Entwicklung einer geistigen Störung am stärksten, ein Umstand, der neben anderen bei der Frage, ob man Geisteskranke in den ersten Stadien ihres Leidens zu Hause behandeln dürfe, in Rechnung zu ziehen sei. Kron (Berlin).

---

59) **Rey** (Ville Evrard): Cas de paralysie générale héréditaire. (Fall von erblicher Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Sept.)

Der 49 Jahre alte Vater starb 1879 in einer Anstalt an paralytischem Marasmus, der 24jährige Sohn ging 1882 ebenfalls an Paralyse zu Grunde unter epileptiformen Krämpfen, nachdem die Störungen mit 21 Jahren begonnen hatten. Ein zweiter Sohn litt an häufigen Schwindelanfällen.

Verf. betont auch die Seltenheit des so jugendlichen Alters der Patienten und die directe Vererbung der Paralyse.

Otto (Dalldorf).

---

60) **Camuset** (Vaucluse): Saturnisme chronique simuland la démence paralytique. (Fall von chronischer Bleivergiftung unter dem Bilde des paralytischen Blödsinns.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Sept.)

Ein 48 jähriger Maler, der früher öfter Bleikolikanfälle überstanden hatte, zeigte ein elendes Aussehen, Bleisaum am Zahnfleische, Differenz der Pupillen, fibrilläre Zuckungen der Zunge und der Lippen, häsitirende Sprache, sehr stark zitternde Hände, unsichern Gang, Muskelschwäche, dabei Lungentuberkulsoe. Psychisch bestand vorgeschrittene Demenz. Der Krankheitsfall war anscheinend paralytischer Blödsinn doch wurde mit Rücksicht auf die Antecedentien saturnine Demenz diagnosticirt. — Tod an Tuberkulose. —

Bei der Sektion keine anatomischen Zeichen der Paralyse, jedoch etwa 36 mgr. Blei im Gehirn und auch viel in der Leber. (Chronische Bleivergiftung.) Differential-diagnostisch gegenüber Paralyse war ausser der Anamnese das starke Zittern der Hände wichtig. Schliesslich betont Verf. noch die günstige Prognose dieser Pseudoparalysis saturnina gegenüber der eigentlichen Paralyse. Otto (Dalldorf).

---

61) **Mabille** (Lafond): Démence paralytique à la suite d'une variole. (Paralytischer Blödsinn im Gefolge von Variola.) (Ann. méd. patholog. 1883 Sept.)

Ein 50jähriger, kräftiger, sanguinischer Matrose erkrankte 1881 November an Variola und hatte in deren Verlauf eine „Hirnkongestion",

Nachher entlassen wurde er 4 Monate später wegen Sprachstörung, Schwäche, insbesondere linkseitiger Muskelschwäche, Abnahme der Geisteskräfte in eine Anstalt aufgenommen und starb plötzlich nach 6 Monaten. Sektion: Periencephalitis chronica. Stellenweise Verwachsungen der Rinde mit der weichen Hirnhaut, beim Abziehen bleibt Rinde daran hängen, Vermehrung der Arachnoidalflüssigkeit.

Otto (Dalldorf).

---

62) **Rey** (Ville Evrard): Note sur les propriétés therapeutiques de l'Erythrina corallodendron. (Ueber die therapeutische Wirksamkeit der Erythrina corallodendron.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Sept.)

Die Rinde der Erythrina corallodendron (einer baumartigen Papilionacee) wird in Brasilien unter anderem gegen mannigfache nervöse Erscheinungen (Schlaflosigkeit, Asthma, Keuchhusten, Neuralgia etc.) wegen der sedativen und hypnotischen Wirkung in Dosen von 40—50 Ctgr. des Extraktes angewandt.

Verf. machte mit einem direkt bezogenen Präparate zunächst Versuche an Hunden. Er injicirte in die Vena saphena eine wässerige Lösung von 2 gr. des Extraktes, sah bald darauf Herabsetzung des Pulses von 120 auf 80 Schläge und Herabsetzung der centralen Temperatur um 2 Grade. Es trat sofort nach der Injection ein Frost auf, darauf fiel das Thier in zunehmende Somnolenz, zeigte Brechneigung, vermehrte Peristaltik und Inkontinenz des Urins. Das Bewusstsein, die Motilität und Sensibilität waren herabgesetzt. Dieser Zustand dauerte 7—8 Stunden. Nur stärkere Thiere erholten sich wieder langsam, jüngere und schwächere gingen zu Grunde.

Ferner wurde der Extrakt bei etwa 23 Geisteskranken mit Aufregung und Schlaflosigkeit versucht. Erst bei grössern Dosen von 1 gr. und pro die 4 gr. sah Verf. eine beruhigende oder schlafmachende Wirkung und zwar deutlicher bei Frauen als bei Männern, und schwach bei maniakalischen Zuständen der Paralytiker. Immer zeigte sich Pulsverlangsamung, Brechneigung und Frost, die Temperaturveränderung war unbedeutend.

Otto (Dalldorf).

---

63) **Camuset** (Vaucluse): Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique. (Ueber alkoholistische Pseudo-paralyse.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Sept.)

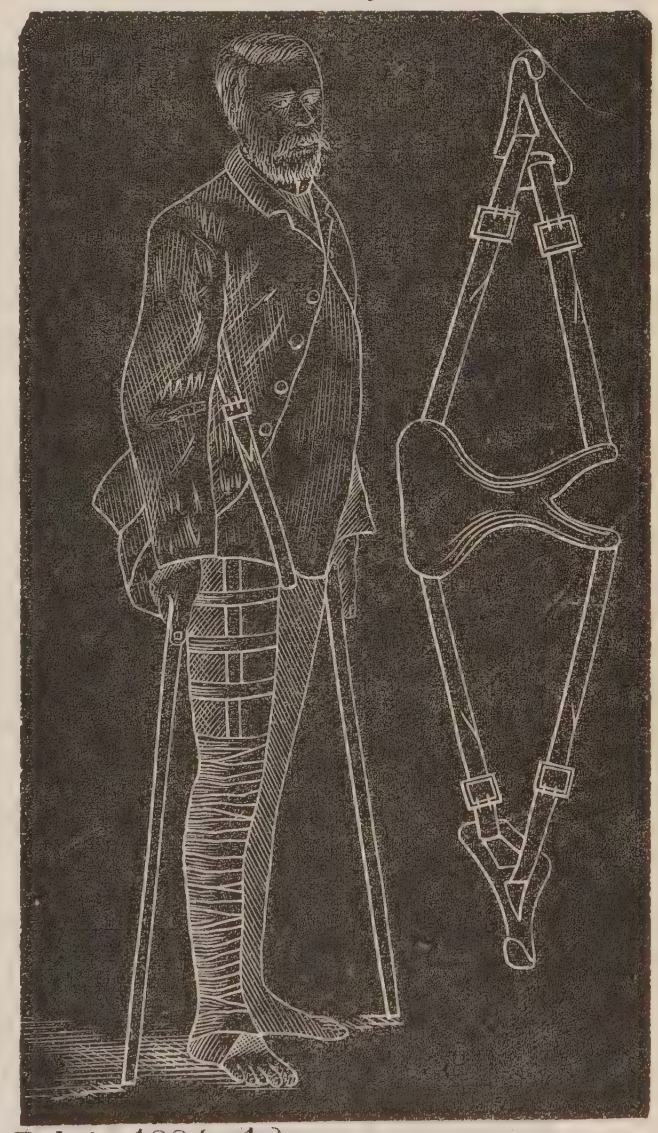
In Betreff des Zusammenhanges von Alkohol und Paralyse meint der Verf., dass Alkoholmissbrauch eine Disposition zu Gehirnerkrankungen schaffe und so die etwa vorhandene Disposition zur Entwicklung der Paralyse begünstige, da ja erfahrungsgemäss die Zunahme des Alkoholmissbrauches die Zahl der paralytischen Erkrankungen erhöhe. Zuweilen könne aber auch der chronische Alkoholismus in seinem Verlaufe vollständig die Symptome der echten Paralyse darbieten, jedoch ohne die pathologisch-anatomische Grundlage derselben. Die Unterscheidung beruhe auf den ätiologischen Verhältnissen, dem Verlaufe und vielfach erst dem Sektionsbefunde. Solche exceptionelle Fälle von Alkoholismus chronicus sind die alkoholistische Pseudopara-

lysen. Sie treten nach den mitgetheilten 7 Krankengeschichten bei Individuen auf, die schon längere Zeit Zeichen des Alkoholismus chronicus geboten haben, gehen mit Grössenideen, zuweilen auch mit hypochondrischen etc. Vorstellungen einher und haben einen günstigen Verlauf, jedoch kommt auch der tödtliche Ausgang vor. Bei der Sektion finden sich die Zeichen des Alkoholismus chronicus an dem Hirn und seinen Häuten etc.

Zur Erklärung zieht Verf. die folie paralytique Baillarger's heran, welche sich unter Umständen mit dem Alkoholismus chronicus verbinden und so das Bild der alkoholischen Pseudoparalyse hervorrufen könne. Otto (Dalldorf).

IV. Miscellen.

64) 1. Eine neue Sattelkrücke von Dr. **James R. Taylor** (New-York).

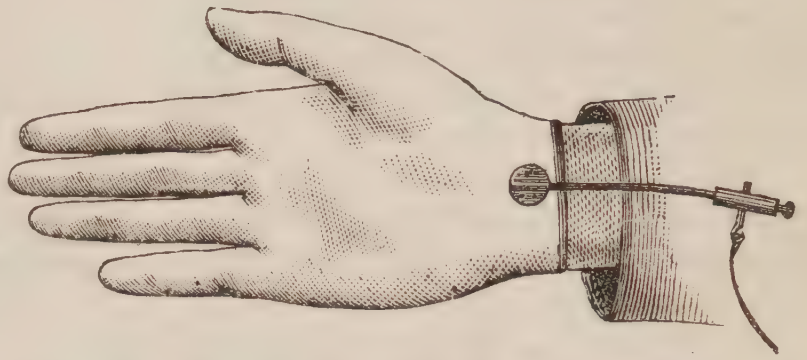


Die Last des Oberkörpers ruht bei dieser Krücke auf einem an das Perinæum gelegten gut gepolsterten Sattel, welcher sich in der Nähe der Armstützen an den Krückenstöcken aufgehängt befindet. Die Vorrichtung ist darauf berechnet, innerhalb der Kleider getragen zu werden, wobei die Aufhängehaken zu einem speciell zu diesem Zwecke angebrachten Schlitz des Oberkleides herausdringen müssen. Diese Vorrichtungen gewähren den bei gewöhnlichen Krücken stark in Anspruch genommenen Achselhöhlen eine sehr wesentliche Erleichterung. Auch wird der Gang nicht unbedeutend beschleunigt. Diese Sattelkrücke empfiehlt sich namentlich bei paralytischen Extremitäten. (J. M. f. ärztl. Polyt. 1884. 1.)

65) 2. Handschuh-Elektroden für Elektro-Massage von Dr. **L. Vorstädter** (Bialystock).

Um die Ausübung der Elektro-Massage der reinen Massage möglichst zu nähern und zu vereinfachen, habe ich Handschuhe construirt,

die der Operateur zur Massage anzieht und die gleichzeitig als Elektroden dienen.



Die Handschuhe bestehen aus zwei Schichten, einer oberen aus Sämischleder einer innern aus Kautschuk. Am Rande der Volarfläche ist mittelst eines Metallplättchens eine circa 10 Ctm. lange Leitungsschnur befestigt, die am freien Ende mit einer Stellschraube für die Leitungsschnüre der Elemente versehen ist.

Die Anwendungsweise ist sehr einfach. Nachdem der Operateur die Handschuhe anzieht und solche mit den Elementen verbindet, werden dieselben mit einer Kochsalzlösung bis zum Metallplättchen benetzt, und dann kann die Massage, indem die Elektricität gleichzeitig einwirkt, in allen Details ausgeübt werden, während die Hand des Operateurs isolirt bleibt. Hierbei erwähne ich, dass zwei Fälle (Paralysis infantilis spinalis und Atonia intestinorum, hysterischer Natur) von mir derartig mit eclatantem Erfolge behandelt wurden. (J. M. f. ärztl. Polyt. 1884. 1.)

V. Tagesgeschichte.

Aus Berlin. In der Irrenanstalt Dalldorf ist vor Kurzem ein Wärter von einem Geisteskranken ermordet worden. Der Wärter hatte sich, auf einem Revisionsrundgange während der Nacht begriffen, in einem mit 8 Kranken belegten Zimmer auf ein leeres Bett gelegt und war dort eingeschlafen. Ein Kranker, der es schon länger schlecht auf den Wärter zu stehen hatte, brachte ihm in dieser Lage mit einem Schrubber einen Schlag auf den Schädel bei, an dessen Folgen der Wärter andern Tags verstarb.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Eichberg (Nassau), 3. Hilfsarzt, 900 M. (Anfangsgehalt) fr. Stat. 2) Leubus (Schlesien), Volontairarzt, M. 1050, freie Station. 3) Saargemünd, Assistenzarzt, 1200 M., freie Station. 4) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Besetzte Stellen. Stephansfeld, a) 2. Ass.-Arzt, Herr Dr. Kaes, bisher Ass.-Arzt in St. Gilgenberg; b) II. Arzt Dr. Zacher, bisher in Heidelberg. Lengerich, II. Arzt: Herr Dr. Schäfer, bisher in Stephansfeld. Halle a. d. S., I. Volontärarzt: Herr Dr. Jaeschke aus Breslau, II. Volontärarzt: Herr Dr. Bruns aus Hannover.

Ehrenbezeugung. Prof. Dr. Maschka in Prag erhielt den Orden der eisernen Krone III.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 15. Februar 1884. Nro. 4.

INHALT.

I. Originalien. Max Buch: Zur Diagnose des Scheintodes.

II. Referate und Kritiken. Roth: Ueber Systemerkrankungen des Gehirns. Warner: Spontane Handstellungen als Anzeichen für den Zustand des Gehirns. Hadden: Ueber spastische Kinderlähmung. Bennett: Ueber chronische atrophische Spinallähmung bei Kindern. Hopkins: Fall von primärer Seitenstrangsklerose. Page: Periphere Tabes. Engelskjön: Periphere Behandlung der Tabes. Horsley: Bemerkung über das Patellarsehnen-Phänomen. Wälle: Zwei Fälle von hereditärer Ataxie. Riegel: Ueber Krämpfe der Respirationsmuskeln. Fothergill: Nervöse Dyspepsie. Dickermann: Oxalurie und Spermatorrhoe. Corning: Bromnatrium in der Behandlung der Epilepsie. Wiglesworth: Pathologie gewisser Fälle von Melancholica attonita oder acuter Dem. Challand: Ueber künstliche Ernährung bei Geisteskranken. Yellowlees: Mord in temporärem Irresein. Rausch, Epilepsie?. Freisprechung. Clark: Psychiatrisch-klinische Mittheilungen. Mickle: Im gleichen Grade imbecille Zwillinge. Greene: Impulsives Irresein. Wille: Vergehen und Verbrechen an Geisteskranken. v. Krafft-Ebing: Grundlose Behelligung der Behörden mit Querelen Denunciationen. Verfolgungs-Querulanten Wahnsinn. Kuby: Verfolgungswahn bei einem politischen Schriftsteller.

III. Aus den Vereinen. I. Société de Biologie zu Paris. II. Société médicale des Hopitaux zu Paris. III. Académie of Médecin zu New-York. IV. Pathological Society zu New-York. V. Medical Society of Pensilvania in Norristown. VI. 9. Jahresversammlung der American Neurological-Association in New-York. VII. Kongress der russischen Naturforscher und Aerzte in Odessa im August 1883.

IV. Miscellen. Der Selbstmord in Russland. Die Entwürfe einer Irrengesetzgebung in Italien und in Frankreich. Ueberführung geisteskranker Soldaten in eine Irren-Heilanstalt. Das Gehirn Turgenjew's. Das Gehirn Lasker's.

V. Tagesgeschichte. Brand einer Irrenanstalt in New-York. Quislain-Denkmal.

VI. Nachtrag. VII. Personalien.

I. Originalien.

Zur Diagnose des Scheintodes.

Von Dr. MAX BUCH in Helsingfors.

Zwar steht in Caspar-Limann's Lehrbuch der gerichtlichen Medicin zu lesen, dass die Controlle der Herzthätigkeit für die Diagnose des Todes oder Scheintodes genügend sei und alle übrigen Mittel überflüssig. Diejenigen, namentlich jüngere Aerzte aber, welche in der Lage gewesen sind, diese Diagnose stellen zu müssen, werden dem kaum zustimmen und mit mir der Meinung sein, dass ein Mittel, welches rasch, sicher und bequem die Entscheidung erlaubt, sehr erwünscht wäre. Auch älteren Aerzten, welche sich nicht absolut auf

ihr Gehör verlassen können, wird ein möglichst handgreifliches Kennzeichen von Interesse sein. Ein solches hat uns nun Rosenthal*) in der von Limann übrigens nicht erwähnten Faradisation der Muskeln an die Hand gegeben. Gelingt es nicht durch Reizung entweder der Nervenstämme oder der Muskelbäuche selbst mit starken faradischen Strömen Muskel-Contracturen zu Wege zu bringen, so ist mit Sicherheit der Tod zu diagnosticiren; gelingt es aber, Muskelcontractionen zu erhalten, so ist noch nicht mit Sicherheit das Leben des untersuchten Individuum festgestellt, denn wie schon Rosenthal durch Thierversuche feststellte und wie ich durch Versuche an Leichen bestätigen kann, erhält sich die Contractionsfähigkeit der Muskeln in der grossen Mehrzahl der Fälle noch nach dem Tode und erlischt erst nach $1^1/_2$—3 Stunden, vielleicht in seltenen Fällen auch erst nach längerer Zeit. Man müsste also, um sicher zu sein, nach mehreren Stunden den Versuch wiederholen. Ich möchte nun ein Mittel empfehlen, welches, wenn die faradische Contractilität der Muskeln noch erhalten ist, sogleich die Diagnose ermöglicht.

Durch die Versuche von Ziemssen, Heidenhain und vielen Anderen ist erwiesen worden, dass auf einem in Contraction befindlichen Muskel die Temperatur der Haut beträchtlich, um einige Grade steigt, meist nach einem unbedeutenden kurzdauernden Sinken. An Leichen dagegen fand ich, dass die Temperatur der Haut auf dem in Contraction erhaltenen Muskel sich durch längere Zeit unverändert erhält und erst nach etwa 10 und mehr Minuten ein geringes sehr allmäliges Fallen zeigt, entsprechend der allmäligen Abkühlung der Leiche; offenbar ist eben die Erhöhung der Hauttemperatur des Lebenden auf einem in Contraction befindlichen Muskel nicht etwa durch Fortleitung der Wärme, sondern durch vasomotorische Einflüsse, Erweiterung der Hautgefässe, zu erklären.

Wir werden also folgendermaassen verfahren: zunächst versuchen wir mit starkem faradischen Strom an verschiedenen Körperstellen Muskeln in Contraction zu versetzen. Gelingt uns das, so wird in Ermangelung eines bequemen Hautthermometers ein gewöhnlicher klinischer Thermometer auf die Haut gelegt, sein Quecksilbergefäss leicht mit Watte bedeckt und mit einer Bindentour leicht aber sicher befestigt. Darauf warten wir bis die Temperatur durch 3—5 Minuten constant bleibt und bringen dann den Muskelbauch, auf welchem der Thermometer liegt, in Contraction. Steigt jetzt die Temperatur so lebt das Individuum.

Haben wir keinen faradischen Apparat zur Hand, so können wir uns auf andere Weise helfen. Ich habe durch Versuche festgestellt, dass unter normalen Umständen bei kräftiger mechanischer Reizung z. B. durch Kneifen der Haut, die Temperatur derselben in weitem Umkreise steigt, in Folge von reflectorischer Gefässerweiterung; ebenso muss am Lebenden bei Auflegen von Eis oder Schnee in der Entfernung von einigen Zoll vom Quecksilbergefäss ein Steigen oder stärkeres Sinken stattfinden aus den in meinem früheren Aufsatz

*) Siehe Rosenthal Electrotherapie· Wien 1873. S. 356—361.)

(Nro. 3 d. Centralbl.) erörterten Gründen, während an Leichen, wie vorauszusehen war und ich mich durch den Versuch überzeugt habe, keinerlei Reaction zu beobachten ist.

Mit Sicherheit ist vorauszusetzen, dass überall da, wo eeine Spur von Kreislauf besteht, die obigen Methoden nicht versagn dürfen, doch habe ich, wie ich hinzufügen muss, dieselben nur an Leichen, sowie an Gesunden oder Gelähmten versucht, während mir Scheintode bisher nicht zur Untersuchung gekommen sind. Ich bitte daher gegebenen Falles meine Methoden zu prüfen.

II. Referate und Kritiken.

66) **W. K. Roth** (Moscau): Ueber Systemerkrankungen des Gehirns. (Verh. der Moscauer Gesellschaft russ. Aerzte f. 1882. Septbr. Abdr. (russisch.)

Hierher rechnet Verf. die Myelitiden, wo primär eine Serie functionell gleichwerthiger Nervenzellen oder Nervenfasern afficirt ist und theilt einen einschlägigen Fall mit, welcher eine Combination zeigt, die bisher noch nicht beschrieben sein soll.

Pat., ein Arbeiter von 50 Jahren, erkrankte plötzlich vor zwei Jahren. Nachdem er einige Wochen vorher stark getrunken, eine Woche lang aber nüchtern gewesen, arbeitete er bei starker Sonnengluth übergebeugt im Freien, als er plötzlich schwindelig wurde. Heftige Kopfschmerzen bes. in der Stirngegend. Am anderen Tage Zustand halber Bewusstlosigkeit. Am 3. oder 4. Tage fing er an, schlecht in die Ferne zu sehen, doch besserte sich jetzt der Allgemeinzustand, und nach $1^1/_2$Wochen hatte er das Krankenhaus verlassen, jedoch mit Schwäche in den Nackenmuskeln; das Gesicht wurde in einigen Wochen normal.

Stat. pr. Atrophie beider Sterno-cleido-mastoidei, Dickenzunahme der scaleni, hochgradige Atrophie der oberen Partien beider Mm. cucullares sowie der drunter liegenden Nackenmuskulatur beiderseits, so dass der Kopf nach vorn überhängt und übrigens auch passiv wenig rückwärts bewegt werden kann. Die electromusculäre Contractilität dagegen, sowohl die faradische wie galvanische intact, keine Spur von Entartungsreaction. Wegen Ueberhängens des Kopfes ist das Schlucken unbequem. Die Augenbewegungen stark behindert. Die Bewegungen des Bulbus nach oben und unten vollständig aufgehoben, die Sehaxen sind etwas nach oben gerichtet. Bewegungen nach aussen bis 20^0 des Perimeters, nach innen 10^0. Lidbewegungen normal. Pupillen mässig erweitert, gleichweit, reagiren normal auf Lichtreiz. Accomodation und Sehschärfe normal. Sehfeld etwas eingeengt. Alle übrigen Muskel sowie alle Sinnesorgane normal.

Verf. resümirt wie folgt:

Die Affection betrifft also vollständig symmetrisch nur motorische Nerven, (bis auf die geringe Einengung des Gesichtsfeldes). Von Gehirnnerven sind betroffen: das 3. Paar (mit Ausnahme der Fasern der Iris und des Levator); das 4. und 6. Paar; ferner zeigt sich Lähmung und Atrophie der Muskeln die von der Spinalportion des 11. Paares und anderen aus dem obersten Theile des Rückenmarks entspringenden Nerven versorgt werden.

Die vollständig symmetrische Lähmung und Atrophie der genannten Muskelgruppen, wobei sie normale electrische Reaction zeigen, dass selbst in den betreffenden Muskeln ein Theil der Nervenfasern intact ist, sei neben der erhaltenen Sensibilität nur als Poliomyelitis anter. acuta zu deuten, combinirt mit einer Poliencephalitis acuta, und nennt seinen Fall daher: Poliencephalomyelitis ophthalmoplegica acuta oder kürzer: Ophthalmoplegia amyotrophica acuta. Dass die beschriebene Combination nicht zufällig ist, soll ein zweiter ähnlicher jedoch nur aus dem Gedächtniss referirter Fall beweisen.

Buch (Helsingfors).

---

67) **Francis Warner** (London): Spontaneous Postenes of the Hand consideret as Indications of the Condition of the Brain. (Spontane Handstellungen als Anzeichen für den Zustand des Gehirns.) (Brain, October 1883.)

Für ein Referat nicht geeignete Betrachtungen über verschiedene Stellungen der Hand, durch Abbildungen erläutert. Eine ähnliche Arbeit wurde vor Kurzem von Amidon in dem amerikanischen Journal for nervous and mental diseases veröffentlicht.

Pierson (Dresden).

---

68) **W. B. Hadden** (London): On infantile Spasmodic - Paralysis. (Ueber spastische Kinderlähmung.) (Brain, October 1883.)

Der Verfasser theilt seine Fälle von spastischen Lähmungen in solche, bei denen ausser einer spastischen Paraplegie eine atrophische Lähmung mit bedeutender Wachsthumshemmung des einen Armes verbunden war, und in solche, bei welchen die Arme ganz intact waren. Die Paralyse entwickelte sich stets innerhalb des ersten Lebensjahres im Anschluss an eine Anzahl von Krampfanfällen; es bestanden gleichzeitig deutliche Erscheinungen von cerebraler Erkrankung: Strabismus, Nystagmus, intellectuelle Schwäche, ungleiche Pupillen. Die Intensität der Paraplegie ist verschieden, so dass manche Kranken gar nicht gehen können, andere einen eigenthümlichen Gang (starke Adductorencontractur, Zehengang) zeigen. Die Sehnenreflexe sind gesteigert; die Sensibilität, Blase und Mastdarm normal; eine erbliche Anlage war nicht vorhanden. Sectionen fehlen. Verf. glaubt, dass das Leiden auf einem congenitalen Defect mit vorwiegender Localisation in der motorischen Region des Grosshirns beruhe und dass in Folge dessen eine ungenügende Entwicklung der Pyramidenbahnen stattfinde, wobei er sich auf einen Sectionsbefund von Ross beruft. So selten, wie H. glaubt, sind übrigens diese Fälle nicht; eine grössere Zahl meist hierher gehöriger Beobachtungen sind kürzlich von Rupprecht (Ueber angeborne spastische Gliederstarre, Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nro. 218.) beschrieben. Pierson (Dresden).

---

69) **Hughes Bennett** (London): On chronic atrophic spinal Paralysis in children. (Ueber chronische atrophische Spinallähmung bei Kindern.) (Brain, October 1883.)

Mit Bezug auf einen von Erb als Unicum bezeichneten Fall

von chronischer Poliomyelitis bei einem 6jährigen Kinde theilt Verf. 2 Beispiele dieser Krankheit mit, welche Kinder von $1^1/_2$, resp. 2 Jahren betreffen, ausserdem noch eine Beobachtung, die sich auf ein 14jähriges Mädchen bezieht. Die Fälle, namentlich der erste, welcher mit Genesung endete, erscheinen diagnostisch nicht so ganz einwurfsfrei; so fehlte z. B. bei diesen die Atrophie der paretischen Unterextremitäten und die Sehnenreflexe waren normal; auch die Darstellung der electrischen Verhältnisse lässt Manches zu wünschen übrig, wenn man auch in dieser Hinsicht die Schwierigkeiten, welche der Untersuchung ganz kleiner Kinder im Wege stehen, in Betracht ziehen muss. Die am Schlusse der Arbeit verzeichnete Modification der galvanischen Erregbarkeit ist unter dem Namen der „Reaction der Erschöpfbarkeit" von Benedikt längst beschrieben.

Pierson (Dresden).

---

70) **John Hopkins** (London): Case of primary lateral Sclerosis or Spasmodic Tabes. (Fall von primärer Seitenstrangsklerose.) (Brain, October 1883.)

Wie die ziemlich aphoristisch gehaltene Krankengeschichte ergibt, hatte sich bei dem 21jährigen, hereditär unbelasteten Patienten nach einer Durchnässung eine Parese der unteren Extremitäten mit gesteigerten Patellarreflexen und Fussklonus entwickelt. Kein Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen; bei Zehenstand Zittern der Beine. In der rechten Fusssohle vielleicht etwas herabgesetzte Sensibilität. Nach und nach Zunahme der Lähmung, subjective Anästhesie in den Fusssohlen, objectiv nicht nachweisbar. Weiterhin Beugecontracturen in den Beinen, wobei passive Streckung unmöglich war, zeitweise nachlassend. Blasencatarrh, Decubitus, Muskelatrophie an den Beinen; Steifigkeit der Oberextremitäten mit Erschwerung der passiven Bewegungen. Tod ziemlich ein Jahr nach der Aufnahme.

Bei der *Section* wurde das Gehirn und seine Hüllen normal befunden. Im Rückenmark findet sich „gelatinöse Degeneration" der Seitenstränge, vom Conus terminalis aufwärts bis zur oberen Dorsalregion. Oberhalb an der sklerosirten Partie ist der Seitenstrang hyperämisch (congested). In der Lendenanschwellung erstreckt sich die Entartung in das Vorderhorn; auch die Vorderstränge sind hier fester als gewöhnlich, grau verfärbt und an einer Stelle zunächst der vorderen Medianspalte „gelatinös". Nach der Härtung in Chromsäure färbten sich die sklerosirten Theile dunkler nnd zwar nahm die Färbung nach aufwärts an Intensität ab; auch die centralen grauen Massen färbten sich stellenweise auf diese Art. In den oberen Dorsalpartien zeigte sich keine Betheiligung der Vorderhörner. Mikroskopisch fand sich in den erkrankten Theilen Verlust der Nervenröhren und Bindegewebswucherung, sowie Atrophie der grossen Ganglienzellen der Vorderhörner in der unteren Hälfte des Rückenmarks.

Der Sectionsbefund ist bedauerlicherweise sehr wenig ausführlich beschrieben; Abbildungen fehlen. Pierson (Dresden).

---

71) **Hubert W. Page** (London): May Tabes dorsalis sometimes have a peripheral Origin? (Kann Tabes dorsalis manchmal peripherischen Ursprungs sein?) (Brain, October 1883.)

Auf Grund einer Beobachtung an einem 36jährigen Manne, der vor 18 Jahren einen Schanker mit nachfolgendem Hautausschlag gehabt, mehrere Jahre vor der Aufnahme in Folge von Mal perforant du pied beide grosse Zehen verloren hatte und nun wieder mit einem perforirendem Fussgeschwür in das Hospital kam und gleichzeitig unverkennbare tabische Symptome, besonders auch eine tabische Arthropathie des einen Fussgelenks darbot, wirft Verf. die Frage auf: ob nicht vielleicht in solchen, neuerdings mehrfach beschriebenen Fällen von Mal perforant in Verbindung mit Tabes, diese letztere auf peripherem Wege entstanden sei, indem nämlich durch die anhaltende schmerzhafte Reizung eine Structurveränderung in den sensiblen Nerven zu Stande komme, welche sich dann in centripetaler Richtung auf das Rückenmark fortpflanzt. Der Verf. will die Frage selbst nicht bejahend beantworten, sondern stellt sie nur zur Discussion; er geht dabei von der Leyden'schen Definition der Tabes als einer Erkrankung der sensiblen Faserelemente aus; wie man sich dabei das frühzeitige Auftreten von Augenmuskellähmungen, Blasenparalyse, des Westphal'schen Phänomens erklären soll, lässt er ebenso wie Leyden selbst, unerörtert. Pierson (Dresden).

---

72) **C. Engelskjön:** Perpifer Behandling af Tabes. (Eira 1883. Nro. 13.)

Verf. glaubt zwei Formen von chronischer Tabes dorsalis als vollkommen verschiedene Krankheiten unterscheiden zu müssen, welche nur in späteren Entwickelungsstadien die gleiche Rückenmarkslocalisation zeigen. Die eine fängt mit Atrophie der Sehnerven oder Affection anderer Hirnnerven an, die andere mit lancinirenden Schmerzen, Ataxie etc. Auch die Therapie beider Formen müsse eine ganz verschiedene sein. Die erstere habe, wie schon Benedikt bemerkt, eine auffallend günstige Prognose, die letztere eine durchaus schlechte. Verf. hat seine 3 Fälle der ersteren Form geheilt. Inzwischen glaubt er, dass auch die letztere Form geheilt oder bedeutend gebessert werden kann durch Faradisation der Haut, eine schon von Meyer und neuerdings vom Rumpf mit Erfolg angewandte Methode. Verf. Fälle sind aber leider nicht sehr überzeugend.

1) 39jährige verheirathete Dame; hat 10 Mal geboren; stets gesund gewesen; stammt aus „nervös disponirter" Familie. Seit 3 Jahren ist Treppen steigen erschwert, bald darauf gedrückte Gemüthsstimmung, dann Schwanken bei geschlossenen Augen und Neigung rückwärts zu fallen. Schwere Träume. Zittern der Hände, Zuckungen in den Armen, die sich später in Krampfanfälle ausbildeten, anfangs ohne, später mit Bewusstlosigkeit. Ataxie, doch nicht beständig. (! Ref.)

Stat. pr. Abmagerung, Schwäche, Schwere in den unteren Extremitäten. So oft sie die Augen schliesst, fällt sie rückwärts. Handschuhgefühl, Kälte in den Füssen, Ameisenkriechen, Einschlafen der Füsse. Lancinirende Schmerzen

sind erst vor einigen Tagen in den Armen und Beinen eingetreten. (! Ref.) Sehnenreflexe kräftig. (! Ref.) Den täglich einige Mal wiederkehrenden epileptiformen Anfällen folgen Geschmacks- und Gehörshallucinationen. Kein Kopfschmerz oder Schwindel, Augen normal. Später Parese der Harnblase, vollständige Lähmung der Beine. Der Urin hatte Ammoniakgeruch; Temperatur erhöhte sich, 38—39° C. Die lancinirenden Schmerzen von rasender Heftigkeit.

Nach Erschöpfung aller Hülfsmittel fing er an den rechten Vorderarm zu faradisiren, und nach einigen Minuten schwiegen die Schmerzen in allen 4 Extremitäten vollständig. Gleichzeitig verschwanden die constant gewordenen hallucinatorischen Schreckbilder. Die Schmerzen kehrten zwar wieder, verschwanden jedoch sobald die Faradisation wiederholt wurde. Die Pausen wurden länger, die Schmerzen schwächer. Auch die Lähmung verschwand allmälich, und nach einigen Monaten war die Kranke völlständig hergestellt.

Verf. dachte zwar an hysterische Ataxie, glaubte aber bei der Diagnose Tabes dorsalis stehen bleiben zu sollen (aus durchaus ungenügenden Gründen), wie einem Jeden klar sein dürfte, der die Beschreibung des übrigens interessanten Falles liest. (Ref.)

Der zweite Fall betrifft eine langjährige echte Tabes, bei welcher die lancinirenden Schmerzen jedesmal prompt durch locale Faradisation beseitigt werden, doch trat sonst keine Besserung ein.

Verf. kam auf den Gedanken, dass nicht die Electricität an und für sich das Maassgebende sei sondern die Hautschmerzen resp. die dadurch hervorgerufenen vasomotorischen Reflexe. Im zweiten Falle versuchte er daher die Einwirkung von Senföl auf die Haut, und die schmerzstillende Wirkung war ebenso constant ja vielleicht noch rascher als die der Faradisation.

Uebrigens sei das Faradisiren keineswegs in allen Fällen wirksam (wie Ref. bestätigen kann). Verf. ist der Meinung, dass auch die Nervendehnung hauptsächlich durch sensiblen Reflex Erfolg habe; und wenn diese Voraussetzung richtig sei, so hätte man in der Faradisation, oder dem Hautreiz überhaupt ein gutes Mittel zu prüfen, ob die Operation angezeigt sei oder nicht.

Buch (Helsingfors).

---

73) **Victor Horsley** (London): Note on the Patellar Knee-Jerk. (Bemerkung über das Patellarsehnen-Phänomen.) (Brain, October 1883.)

Verf. liess an sich eine Anzahl Experimente vornehmen, um den Einfluss des Lachgases auf die Haut- und Sehnenreflexe festzustellen. Es ergab sich, dass bei tiefster Narkose der Plantar- und Conjunctivalreflex verschwunden, während das Patellarphänomen erhalten blieb. Wenn Verf. hieraus den Schluss zieht, dass letzteres kein Reflex sei, sondern nur durch lokale Reizung des Muskels in Folge der plötzlichen Dehnung zu Stande komme, so wird er mit dieser Ansicht wohl nicht ohne Weiteres durchdringen.

Pierson (Dresden).

---

74) **H. Wälle** (Wattwyl): Zwei Fälle von hereditärer Ataxie.
(Correspbl. für Schweizer Aerzte 1884 Nro. 2.)

Verf. theilt in der vorliegenden Arbeit zwei Fälle hereditärer Ataxie mit, deren Krankheitsbilder sich ziemlich genau der von Friedreich gegebenen Schilderung anschliessen, jedoch ist hervorzuheben, dass nicht weibliche, sondern männliche Mitglieder derselben Familie von der Krankheit befallen wurden, und dass auch die nur von Rütimeyer erwähnte Equinusstellung der Füsse mit Dorsalflexion der grossen Zehe vorhanden war.

Die Patienten, Brüder unter 17 Geschwistern, von denen jedoch 7 als kleine Kinder starben, stammen von gesunden Eltern, über deren event. Verwandtschaft nichts mitgetheilt ist. Nur die Mutter des Vaters ist einmal vorübergehend geistig gestört gewesen, sonst sind aber Nervenkrankheiten in der Familie nicht vorgekommmen.

Der ältere, jetzt 20jährige Patient erkrankte im 7. Lebensjahre an einer stetig zunehmenden Unsicherheit im Gang, der bald Unsicherheit in den oberen Extremitäten nachfolgte. Zuweilen hatte der Kranke in den Knieen und Unterschenkeln Schmerzen ohne bestimmten Character, jedoch nicht bohrend oder lancinirend, zuweilen auch Kopfschmerz und Erbrechen. Sprachstörung war anfangs nicht vorhanden. Sensibilitätsstörungen fehlten, ebenso Blasen- und Darmlähmung.

Jetzt besteht eine Deviation (Kypho-Scoliose) der Wirbelsäule und Equinusstellung der Füsse mit Dorsalflexion der grossen Zehen, was sich beides allmälig entwickelt hat. Es fehlt jede Atrophie der Muskeln, deren grobe Kraft in den Armen erhalten ist. Das Greifen nach einem Gegenstand ist aber unsicher, besonders mit geschlossenen Augen, sodass er beim Trinken, das Glas nicht gleich zum Munde führen kann. Der Muskelsinn ist erhalten, das Gefühl für den Boden unter den Füssen ist etwas abgeschwächt, vielleicht die Sensibilität im Ganzen etwas herabgesetzt. — Sehnenreflexe, auch Bauch- und Hodenreflexe fehlen gänzlich. — Beim hin und her Bewegen der Augen wird geringer Nystagmus beobachtet. — Die Sprache ist schon seit 9 Jahren etwas schleppend. Das auffallendste Symptom ist aber die hochgradige Ataxie beim Gehen, sodass der Kranke ohne Unterstützung nicht im Stande ist, sich fortzubewegen. —

Bei dem jüngeren, jetzt 12jährigen Patienten sind die Symptome weniger hochgradig. Es besteht seit dem vierten Lebensjahre Störung beim Gehen. Nur vorübergehend klagte er über vage Schmerzen in den Beinen. Bei dem Kranken, bei welchem Muskelatrophien fehlen, besteht eine Kyphose der Brustwirbelsäule, beginnende Equinusstellung der Füsse mit Dorsalflexion der grossen Zehe. Die Sensibilität ist überall intact und es functioniren die Sinnesorgane normal. Keine Sprachstörung und Motilitätsstörung in den oberen Extremitäten, kein Nystagmus und keine Blasenlähmung. — Der Kranke wankt beim Gehen wie ein Betrunkener, welche Unsicherheit bei geschlossenen Augen zunimmt. Es fehlen die Patellarsehnen-, Bauch- und Hodenreflexe gänzlich.

Halbey (Bendorf).

75) **Franz Riegel** (Giessen): Ueber Krämpfe der Respirationsmuskel. (Zeitschr. f. kl. Medicin. Bd. VI. H. 6. 1883.)

Die Krämpfe der Respirationsmuskel zerlegen sich in 3 Gruppen. 1) Krämpfe, welche die Inspirationsmuskel betreffen, 2) solche, die nur die Exspirationsmuskel befallen und 3) complicirte respiratorische Krämpfe. Der vom Verf. hier mitgetheilte Fall ist der 2. Gruppe zuzuzählen, wiewohl er nicht unwesentlich von den bekannten Formen der exspirator. Krämpfe abweicht. Es handelt sich um einen 14jährigen Knaben, der vor Jahresfrist zur Winterzeit in's Wasser gefallen war. 14 Tage später wurden die bis zur Aufnahme in die Klinik dauernden Respirationsstörungen beobachtet. Die graphische Aufzeichnung lehrte, dass es sich bei dem Knaben um reine Exspirationskrämpfe handelte, die theils spontan ohne vorausgegangene Inspiration auftraten, theils an eine normale Exspiration sich unmittelbar anschlossen. Da eine Erkrankung irgend eines Organes, von dem aus reflectorisch die Entstehung der Krämpfe zu erkennen gewesen wäre, nicht nachgewiesen werden konnte, so nahm Verf. an, dass die Krämpfe Theilerscheinung einer allgemeinen Neurose, der Hysterie, seien. Der therapeutische Erfolg, der durch psychische Behandlung und die einmalige Application des farad. Stromes sofort eintrat, bestätigte diese Vermuthung.

Goldstein (Aachen).

---

76) **J. Milner Fothergill** (London): Nervus indigestion. (The medic. Record 15. Septbr. 1883.)

Verf. bespricht zunächst die Reflexindigestion (characteristisch: reine Zunge!), die namentlich Folge ovarieller Störungen sei; dabei finde sich öfter gleichfalls reflectorisch entstandene Intercostalneuralgie, Verstopfung, Anorexie, hartnäckiges Erbrechen, gemüthliche Depression, Menorrhag. mit Leucorrhoe, Blasenlähmung, Nachtschweisse u. s. w. Als Heilmittel empfiehlt er Blasenpflaster auf's Ovarium, Bromkalium und schwels. Natron etc. Sodann geht er auf den Einfluss über, den Anstrengungen aller Art auf die Digestionsorgane ausüben: da deren Nerven in Folge der heutigen Ueberhastung in Arbeit und Genüssen schwach seien, so sei es namentlich nothwendig nach gehabten Anstrengungen nur leichte, fettreiche, wenig substantielle Mahlzeiten zu halten und sich beim Essen Zeit zu nehmen. Ausserdem empfiehlt er reichlichen Schlaf. Phosphor hypophosph. als „nervenstärkendes" Mittel, und regelmässiges Leben, während er vor zu grossem Fleischgenuss warnt.

Voigt (Oeynhausen).

---

77) **W. H. Dickermann** (Olean N.-Y.): Oxalurie as a cause of spermatorrhoea. (The medic. Record. 22. Septbr. 1883.)

Verf. meint, gestützt auf einen durch Salzsäure geheilten Fall, dass die Spermatorrhoe, bei der ja immer das Nervensystem abnorm functionire, zuweilen durch Oxalurie bedingt sei, da dieselbe immer bei solchen Patienten vorkomme. Frei im Blute circulirende Oxalsäure sei ein Gift für Hirn und Rückenmark.

Voigt (Oeynhausen).

---

78) **J. Leonard Corning** (New-York): The bromide of Sodium in the treatment of epilepsy. (Bromnatrium in der Behandlung der Epilepsie. (The medic. Record. 22. Septbr. 1883.)

Verf. gibt dem Natron brom. bei der Epilepsie den Vorzug vor den andern Bromiden, weil es nicht, wie diese, die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse schädige. Voigt (Oeynhausen).

---

79) **Joseph Wiglesworth** (London): On the Pathology of certain Cases of Melancholia Attonita or Acute Dementia (with Illustration). (Pathologie gewisser Fälle von Melancholica attonita oder acuter Dem. Preisschrift.) (Journ. of mental science. Oct. 1833)

Verf. trennt von den unter Melancholie, Melancholia attonita und acute Demenz subsumirten Krankheitsbildern eine bestimmte Gruppe die sich klinisch durch Insichversinken (self-absorption) verbunden mit gewissen motorischen Erscheinungen (Tremor und Rigidität), anatomisch durch eine primäre entzündliche Affection der Nervenzellen, besonders der s. g. motorischen Zellen und vielleicht von diesen ausgehend characterisirt. Das Centralorgan besteht aus Geweben von Nervenzellen und Fasern, die einfach Eindrücke von aussen registrirten und aus andren Centren, die diese controlirten. Erkrankten die höhern Centren, so arbeiteten die unteren ohne Hemmung und Cohärenz (Manie), functionirten die letzteren nicht correct, so empfingen die höheren Centren zwar Eindrücke, aber nicht von aussen her stammend, wie normaliter, sondern solche die erfahrungsgemäss von den jetzt erkrankten registrirt wurden. Je grösser nun die Zahl dieser falsch functionirenden niederen Centren sei, um so spärlicher flössen die normalen Eindrücke von aussen, um so ärmer sei das Denken, um so mehr „bestehe das Bewusstsein eines so afficirten Individuums aus einer Reihe uncontrolirter Vorstellungen und unbestimmter Erinnerungen.“ Dies ist der hypothetische Vorgang den W. mit self-absorption bezeichnet und durch den er das klinische und anatomische Bild zweier Fälle von acuter Demenz erklärt und combinirt.

Er fand in der Hirnrinde einer 48 jährigen nicht belasteten, dem Trunke ergebenen Frau die Ganglienzellen geschwellt, oft bis zur Kugelgestalt, schwach gelblich pigmentirt, einige mit weisslichen Punkten in der Mitte des Zellkernes, alle mit excentrisch gelegenem Kern und grobkörnigem Inhalt. Die Affection war am deutlichsten in der Rinde des gyr. central. post und des gyr. front. tert. Die Schnitte wurden vom frischen Gehirn genommen und mit Osmiumsäure behandelt.

Schnitte aus dem gyr. angul., gyr. front. med. gyr. centr. ant., lob. occip. der rechten Hemisphäre einer 30 jährigen nicht belasteten, früher stets gesunden Frau ergaben im Wesentlichen den gleichen Befund. Zu dem typischen Bild der acuten Demenz, das beide Kranke im Leben dargeboten hatten, traten bei beiden *Rigidität der Arme* und fibrilläre Zuckungen ihrer Muskeln, dies bei der zweiten nach voraufgegangener Unruhe und rhytmischen Convulsionen beider Oberextremitäten. Eine bestimmte Todesursache fehlte bei beiden.

Dass die beschriebenen Veränderungen entzündlicher Natur seien, sei unzweifelhaft; dafür, dass sich ihre Symptome sowohl in der sensorischen wie der *motorischen* Sphäre äussern könnten, wie hier, sprächen die Versuche von Hitzig, Spencer u. A. Der Befund erinnere an die Veränderungen bei Paralyse und epileptischer Idiotie, doch sei hier das klinische Bild ein ganz anderes und es handle sich bei Paralyse um eine *secundäre* Erkrankung gegenüber der primären der Neuroglia, bei der Idiotie aber um eine congenitale Missbildung. Die Neuroglia aber sei in den beiden Fällen völlig normal.

Der Arbeit sind Abbildungen der afficirten Ganglienzellen beigegeben. Matusch (Dalldorf).

---

80) **Challand** (Bois de Cery): Ueber künstliche Ernährung bei Geisteskranken. (Corr.-Bl. für Schweiz. Aerzte 1884. Nro. 2.)

Challand äussert sich in der Sitzung der Schweizer Aerzte am 24. und 25. September 1883 in folgender Weise. Er wünscht die künstliche Fütterung überall da vermieden zu sehen, wo man mit einfacheren Mitteln zum Ziele gelange. Er glaubt aber, das mit Vorsicht und Geschick die angegebenen Nachtheile und Gefahren für den Patienten, wie Eindringen der Sonde und Speiseflüssigkeit in Larynx und Trachea, Erzeugung von Ulcerationen in den von der Sonde passirten Wegen, vermieden werden können, besonders bei der Fütterung durch die Nase mit weicher Sonde. Das häufig beobachtete rasche Steigen des Körpergewichts (in einem Falle erreichte ein Patient innerhalb 7 Wochen das doppelte seines Anfansgewichtes) spreche für die vortheilhafte Verwendung der Sonde. Andere Fälle bewiesen aber auch, dass man mit der künstlichen Ernährung oft ohne besonderen Schaden für die Patienten viel länger warten könne, als gewöhnlich angenommen werde und dass dann die Kranken schliesslich anfangen von selbst wieder zu essen.

Ueber die Ursachen für die Nahrungsverweigerung hebt er besonders Mandelabscesse hervor, die zugleich die Einführung der Sonde erschweren können.

In der Discussion scheint Olivet der einzige gewesen zu sein, der die künstliche Fütterung verwirft. Er will seit 27 Jahren die Sonde zum Füttern nicht mehr applicirt haben und meist durch die Tropfdouche auf den Kopf zum Ziele gelangt sein; er nennt dies persassion intensée.

Auch Fetscherin ist für die Application mit grösster Vorsicht und thunlichster Beschränkung und erwähnt als Beweis, wie gut die Fütterung ertragen werden kann, einen von Cramer beobachteten Fall von 3 jähriger Fütterung. Martin hält die künstliche Fütterung in manchen Fällen geradezu für lebensrettend. Bei Opposition soll man durch Einflössen von etwas Wasser den Kranken veranlassen, die Sonde zu verschlucken. Chatelain ist für die Sonde. Da der Durst viel weniger leicht ertragen würde als der Hunger, so soll man vorher versuchen, ob der Patient kalte Milch nimmt, die man ihm als einziges Getränk hinstellt. Schliesslich spricht Speyr noch energisch für die Fütterung per Sonde und hält das Einlöffeln besonders bei Pa-

ralytikern für viel gefährlicher als das Füttern per Sonde. Er will Lungengangrän nur bei erster Manipulation angetroffen haben. Er empfiehlt lange und weiche Nasensonden. Halbey (Bendorf).

---

81) **D. Yellowlees** (Glasgow): Case of Murder during Temporary Insanity induced by Drinking. Epilepsie (?). Acquittal on the ground of Insanity. (Mord in temporärem Irresein. Rausch, Epilepsie (?). Freisprechung.) (Journ. of ment. science Octbr. 1883.)

Ein 27 jähriger entlassener Soldat wurde wegen Trunkenheit sistirt und erschlug in der Zelle einen betrunkenen Mitarrestanten ohne jede Veranlassung. Nach der That erschien er nüchtern, ohne Erinnerung an das Vorgefallene. Es wurde nachgewiesen, dass er seit mehreren Jahren Zustände von Schwindel, später Absence gezeigt hatte, einmal von Krämpfen befallen worden war. Seine Intelligenz hatte erheblich abgenommen. In letzter Zeit wurde er mehrmals wegen Gewaltthätigkeiten nach Alcoholexcessen bestraft. Er behauptete jedesmal, nichts mehr von diesem zu wissen. Er hat ausserdem Selbstmordversuche gemacht, die ihm später nicht mehr erinnerlich waren. Nach alledem erscheint die Diagnose Epilepsie und die Freisprechung gerechtfertigt. Matusch (Dalldorf).

---

82) **Campbell Clark:** Clinical Abstracts. (Psychiatrisch-klinische Mittheilungen.) (Journ. of ment. scien. Octbr. 1883.)

Verf. glaubt gefunden zu haben, dass jede Geisteskrankheit, die mit Phthisis pulmon. complicirt sei, eine eigene durch Reizbarkeit, Argwohn, Launigkeit und mürrisches Wesen characterisirte Form (phthisical Insanity) annehme. Drei vom Verf. beschriebene Fälle sind zu fragmentarisch, um als Beispiele dienen zu können.

Clark berichtet ferner von einem Fall von Geisteskrankheit nach Alcoholexcessen und Bleivergiftung. Die Zeichen der letzteren waren Kolik und Bleirand. Grosse, auch in der Reconvalescenz fortbestehende Gedächtnissschwäche für die Jüngstvergangenheit spricht Verf. für ein Symptom der Bleiintoxication an, das häufiger in Hospitälern als in Asylen zur Beobachtung käme. Auch für diese Behauptung bleibt er den Beweis schuldig. Matusch (Dalldorf).

---

83) **A. Fellingtoff Mickle**: Twins in Similar States of Imbecility. (Im gleichen Grade imbecille Zwillinge. (Journ. of ment sc. Oct. 1883.)

Stark belastete Zwillinge von gleichem körperlichen Habitus, beide Verbrecher (Diebe) zeigen den gleichen Grad von Imbecillität.
Matusch (Dalldorf).

---

84) **Rich. Greene** (Northampton): Note on a case of Impulsive Insanity. (Impulsives Irresein.) (Journ. of ment. sc. Oct. 1883.)

Versuch eines 19 jährigen, nicht belasteten (?) Burschen, seine Mutter mit einem Beile zu erschlagen. Zwangshandlungen seit dem 12. Lebensjahre. Freisprechung. Matusch (Dalldorf).

---

85) **Wille** (Basel): Vergehen und Verbrechen an Geisteskranken.
(Friedreich's Bl. f. ger. Med. 34. Jahrg. 4. Heft Juli und August 1883)

Nach kurzer Erwähnung eines Falles, in welchem ein 47 jähriger Küfer, welcher an Verfolgungswahn mit Gehörshallucinationen litt, seine 20jährige, geistesschwache Tochter missbraucht hatte, wird folgender Fall ausführlich berichtet:

Isak W. ledig, Israelit, 1841 in H., Elsass, von geistig gesunden Eltern geboren. Auch seine acht Geschwister sind geistig normal; nur in der Familie der Mutter sollen Geistesstörungen vorgekommen sein. Er ist Viehhändler, wie alle männlichen Glieder der Familie, hat viel an Kopfweh gelitten. Seit mehr als 8 Jahren, soll er im Kopfe nicht mehr recht sein. Der Zustand verschlimmerte sich, als er vor sieben Jahren mit der Familie nach M. übersiedelte, so dass er 1881 als handelsunfähig ausgeschrieben werden musste. Er ist monatelang still, ruhig und anscheinend geordnet; dann wird er plötzlich aufgeregt, heftig, gewaltthätig, läuft fort, lässt viel Geld in Wirthshäusern aufgehen, spricht vom Heirathen, lässt sich in keiner Weise zurechtweisen. Nach 4—5 Monaten wird er wieder ruhig. Am schlimmsten ist er im Sommer. Während er nach Aussage eines jüngeren Bruders nie ein Frauenzimmer beleidigt haben soll, giebt der Vater der Catharina R. an, dass W. am hellen Tage im Freien an ihr unzüchtige Handlungen vorgenommen habe und verklagt ihn am 18. 10. 1883 wegen Schwängerung der Tochter. Katharina R. ist August 1858 in M. als das älteste von 9 Geschwistern von gesunden Eltern geboren und erkrankte, 12 J. alt, in Folge durch ein Attentat auf ihre Geschlechtsehre verursachten heftigen Schrecks an Epilepsie, deren Anfälle seit der Entwicklung häufiger wurden. Mit Zunahme der Anfälle hielt Abnahme der geistigen Kräfte Schritt. Seit einem Jahre kann man sie nicht mehr beschäftigen, sie gilt den Bekannten als blödsinnig. Im vergangenen Spätsommer wurde Schwangerschaft bei ihr wahrgenommen und Mitte October ärztlich konstatirt (5.—6. Monat). Ihr körperlicher und geistiger Zustand verschlimmerte sich. In der Nacht vom 15. zum 16. December bekam sie drei schwere, epileptische Anfälle, deren letztem sie erlag. Das Bezirksstatthalteramt A. legt dem Sachverständigen folgende Fragen vor: 1. Wie war der Geisteszustand des Isak W. zur Zeit der Schwängerung (Febr. bis Apr. 1882) und wie ist er jetzt? 2. Ebenso betreffend die Katharina R. mit dem Beifügen, ob die Folgen der Epilepsie solche sein können, dass sie Geisteskrankkeit im Sinne des Strafgesetzes nach sich ziehen.

Zu 1. Isak W. ist von mittlerer Grösse, kräftigem Körperbau, mittlerer Ernährung, Körperhaltung meist gebeugt, Schädel nicht abnorm, Gesichtszüge schlaff, ausdrucksarm. Pupillen gleich, schwach reagirend, mittelweit. Ohrläppchen stark angewachsen, nach abwärts verlängert; Gesichtsfarbe sehr blass. Explorant spricht von selbst fast Nichts, bedarf oft wiederholter Anreden; seine Antworten sind meist unbestimmt, abweichend, im Ganzen unklar, von schwachem Urtheil und Gedächtniss zeugend. Er müsse wohl nicht recht im Kopfe sein, da es die Leute sagen, es sei ihm oft Alles gleichgültig. Dann bekomme er Anfälle,

in denen er bewusstlos herumlaufe, er leidet dann viel im Kopfe und im Körper. Er habe seit früher Jugend stark onanirt, auch in jüngeren Jahren im Trinken excedirt. Mit Weibern habe er nie zu thun gehabt, auch mit der verstorbenen Katharina R. nicht. Geschäftlich sei er öfter in ihr Haus gekommen, wisse auch, dass sie ein Weh an sich gehabt habe.

Gutachten. Der äussere Eindruck des Redens und Benehmens des Exploranden ist der eines geisteskranken Menschen. Das Vorhandensein einer gemüthlichen depressiven Stimmung geht aus der erschwerten, geistigen Reaktion, dem subjectiven Gefühl der gemüthlichen Schwere, dem Gesichtsausdruck, dasjenige eines geistigen Schwächezustandes, aus der Gedächtnissschwäche, der leichten, geistigen Ermüdbarkeit, der Mangelhaftigkeit und Oberflächlichkeit der Urtheile, der geistigen und gemüthlichen Interesselosigkeit hervor. Das Verhalten des Exploranden in den letzten Jahren ist nur durch die Annahme eines abnormen Geisteszustandes erklärlich. Dieses ruhige Verhalten macht zeitweilig besonders im Sommer einem aufgeregtem, bereits geschilderten, Platz. Diese maniakalischen Erregungszustände müssen wegen ihres regelmässigen, spontanen Auftretens als periodische bezeichnet werden und geben dem Krankheitsbilde den Charakter einer sogenannten cirkulären Geistesstörung, die in regelmässig miteinander abwechselnden Anfällen von gemüthlichem Druck (Melancholie) und gemüthlicher Aufregung (Tobsucht) sich charakterisirt. Aetiologisch sind indirekte Vererbung, Onanie und Alkoholexcesse nachgewiesen. Auch das Auftreten der Aufregungszustände im Frühjahr, ihre Akme im Sommer sind häufig beobachtet. Geschlechtliche Erregung ist eines der ersten Symptome der beginnenden Manie, womit der Schwängerungstermin der Katharina R. (März oder April) übereinstimmt. Zu 2. Catharina R. ist im 12. Jahre in Folge Schrecks epileptisch geworden. Das Leiden hat sich mit der Entwicklung verschlimmert und das geistige Leben der Patientin zerrüttet, welche schon vor der Schwängerung bis zur Stufe des Blödsinns gesunken war. In diesem Zustand hat sie sich anscheinend ruhig missbrauchen lassen. Dass W. die R. in dem Bewusstsein missbraucht habe, dass er es mit einer Blödsinnigen zu thun habe, muss entschieden in Abrede gestellt werden. Ich beantworte demnach die gerichtlichen Fragen dahin: 1. Isak W. war zur Zeit der Schwängerung geisteskrank und ist es auch jetzt. 2. Die Katharina R. wurde in Folge schwerer Epilepsie geisteskrank, resp. blödsinnig. W. ist gemeingefährlich und muss desshalb dauernd versorgt werden.

Landsberg (Ostrowo).

---

86) **v. Krafft-Ebing:** Grundlose Behelligung der Behörden mit Querelen und Denunciationen. Verfolgungs-Querulanten-Wahnsinn.

(Friedreich's Bl. f. ger. Med. 34. Jahrg. 4. Heft Juli und August 1883.)

Befund: Alois H., 63 J. alt, Gewerbetreibender in G., wird am 24. und 28. Februar 1883 explorirt. Geistige Störung ist in der Ascendenz nicht zu ermitteln. Ein Sohn seines Bruders hat sich erschossen; eine Tochter desselben leidet an periodischer Geistesstörung.

Explorat ist angeblich Siebenmonatskind und in der Jugend schwächlich gewesen. Er macht den Eindruck eines geistig beschränkten Menschen. Sein Hinterhauptschädel ist auffallend steil. Sonst ist er gesund. Er präsentirt ein ganzes Bündel Privat- und Klageakten, welche seine seit 1864 erfolglos gemachten Anzeigen wegen eines an einer Franziska K. begangenen Mordes, sowie eines zu seinem Nachtheil verübten Testamentsbetrugs enthalten. Explorat war schlecht begabt, und wurde von Mutter und Geschwister schon früh schlecht behandelt. Von 1840—1847 war er Soldat und thut sich auf seine Verdienste als solcher viel zu gute. 1847 heimgekehrt, war er seiner Familie im Wege. Als er nach einer, seit 1845 spurlos verschwundenen Leibgedingerin fragte, antwortete die Mutter ausweichend. In seiner Erbitterung glaubte er an einen Mord. Das Mitte der 50er Jahre gemachte Testament des Vaters befriedigte ihn nicht. Es war angeblich dem blinden, seit 7 Jahren gelähmten Vater, der sich in der psychischen und moralischen Gewalt der Mutter befand, von dieser octroirt worden. Nach dem Tode der Mutter, 1863, erhielt er als schlechter Hauswirth nicht das väterliche Haus, sondern eine aequivalente Summe und begann nun endlos seit 1864 gegen seine Brüder Joseph und Johann wegen Mordes der K. und Testamentsbetrug bei den Gerichten zu queruliren. Der Inhalt dieser, zuletzt bis an den Kaiser gerichteten Eingaben, ist stets der gleiche, aber der Styl wird immer massloser, die Diktion konfuser. Das Motiv seiner Querele ist bezüglich des Mordes das Rechtsgefühl des Ehrenmannes, sowie die Furcht vor Bezichtigung als Mitschuldiger. Als Beweise des Mordes werden irrelevante Aeusserungen der Mutter und des Bruders angeführt, ferner der Befund von Gebeinen in der Mistgrube, die bis auf ein später verschwundenes, Kalbsknochen waren. Von 1874 ab wird er in seinen Eingaben immer massloser und konfuser, zweifelt an der Unpartheilichkeit der Richter und findet überall Gesetzesverletzungen. In den Explorationen bringt H. mit grosser Breite und Selbstgefälligkeit seine Querelen vor. Er verräth neben ziemlicher formeller Gesetzeskenntniss und Vorliebe für termini technici grosse geistige Beschränktheit, geringe Bildung, grosses Selbstgefühl und originär verschrobene Logik.

Gutachten. H. kam wegen schlechter Begabnng nicht vorwärts, fiel dadurch seiner Familie zur Last. Er fühlte sich desshalb zurückgesetzt und gerieth in Animosität und Misstrauen gegen dieselbe. Dadurch führt das unerklärliche Verschwinden der K. zu der Annahme ihrer Ermordung. Der beginnende Verfolgungswahn wird durch die vermeintliche, testamentarische Schädigung verstärkt. 1864 beginnt das Reaktionsstadium des Wahnsinns. Er wird zum Ankläger und durch die Erfolglosigkeit seiner Anklage zum Querulanten. Der letzte Rest von Besonnenheit schwindet um 1874. Der Verlauf des ganzen Krankheitszustandes ist ein sicherer Beweis einer seit 1847 begonnenen und seither immer fortgeschrittenen, schweren geistigen Krankheit (Verrücktheit mit der Nuance des Querulanten-Irreseins). H. bedarf eines Curators. Landsberg (Ostrowo).

87) **Kuby:** Mittheilung aus der gerichtsärztlichen Praxis. IV. Verfolgungswahn bei einem politischen Schriftsteller. (Friedreich's Bl. f. ger. Med. u. s. w. 34. Jahrg. 3. Heft Mai und Juni 1883.)

Verf. kommt auf Grund des Studiums der Untersuchungsakten, so wie früherer gerichtsärztlicher Gutachten über den geistigen Zustand des Karl L., welcher eines durch die Presse verübten Vergehens angeklagt ist zu dem Schlussgutachten, dass derselbe an Grössen- und Verfolgungswahn leidet und sich daher zur Zeit der inkriminirten Handlung in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Landsberg (Ostrowo).

III. Aus den Vereinen.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 17. Novbr. 1883. (Le Progrès méd. Nro. 48. 1883.)

88) Ueber die *erste Periode der Strychnisirung* bei Thieren berichtet **Malassez** (für Couty): Es wurde Hunden $^3/_4$ milligr. bis 0,001 Strychnin in die Vena saphena injicirt. Anfangs wurde Steifigkeit der Extremitäten beobachtet, der Gang fand nur ruckweise statt, später kamen Contracturen und choreaartige Bewegungen hinzu. Die durch diese kleinen Dosen verursachten Erscheinungen gleichen denen, die nach mittleren Gaben beobachtet werden.

89) **Lebec** demonstrirt ein *Gehirn mit fehlenden Nervi Olfactorii.* Bei Eröffnung der Schädelhöle überraschte ihn die Abwesenheit der Bulbi olfactorii. Nähere Prüfung ergab, dass linkerseits ein kleines Rudiment des Olfactorius existirte. Rechts fehlte der Nerv vollständig. Seine Ursprungsstelle war markirt durch eine kleine graue Anschwellung. Im Uebrigen bot das Hirn normale Verhältnisse. — Es wurde in Erfahrung gebracht, dass das betreffende Individuum eine Frau von 27 Jahren, während des Lebens niemals an Störungen des Geruchssinnes gelitten hatte.

Mathias Duval macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, dass nur wenige Nervenfasern zum Riechen erforderlich seien und dass der Geruchsapparat des civilisirten Menschen in keinem Verhältnisse zu den vorhandenen Bedürfnissen stehe. Wenn neun Zehntel dieses Apparates zu Grunde gehen, wird das Geruchsvermögen noch nicht wesentlich modificirt. Ein anderes Verhalten zeige sich dagegen bei den Wilden, die sich einer so hohen Entwickelung des Geruchsinnes erfreuen, dass sie die Spur des Feindes einfach nach dem Geruche verfolgen können. Nach der gegenwärtig modernen Anschauung ist es sogar wahrscheinlich, dass bei den civilisirten Racen mit der Zeit eine Atrophie der Geruchsnerven die Regel sein wird. Eine allerdings schwerlich genügende Erklärung für den oben mitgetheilten Fall könnte man auch in der Annahme finden, dass der Nervus trigeminus vicariirend für den Olfactorius eingetreten sei.

Sitzung vom 1. December 1883. (Le Progrès med. Nro. 49. 1883.)

90) **Laborde** theilt in Courtin's Namen eine *Beobachtung von traumatischer Rückenmarksläsion* mit. Es handelt sich um einen Mann, dem die hintere Partie der Medulla oblong. durch einen Messerstich schräg durchschnitten worden war. Man konstatirte darauf folgende Symptome: Unmöglichkeit, den Verletzten in sitzender Stellung zu erhalten, völlige Unempfindlichkeit links, Erhaltung der Sensibilität, aber Abschwächung der Motilität auf der rechten Seite, woselbst sich die Verletzung befindet; Patellarreflex rechts aufgehoben, links herabgesetzt. Aus der Wunde ergoss sich eine blutig seröse Flüssigkeit, die für den Liquor cerebrospinalis gehalten wurde. In derselben wurde Zucker gefunden. Der Urin war frei von Eiweiss. Die Respiration zeigte nichts Auffälliges. — Im Gesicht war die Sensibilität intact, nur in der Gegend des Kinnes war sie abgeschwächt. Pupillen normal. Die Temperatur hielt sich auf 39°. — Bei der Autopsie fand sich eine breite, schräge von oben nach unten verlaufende Verletzung, die die rechte Pyramide und auch ein wenig die linke in Mitleidenschaft gezogen hatte. Die Corpora restiformia waren leicht lädirt. Ausführlichere Mittheilungen über diesen Fall werden in Aussicht gestellt; es sollen auch noch mikroskopische Untersuchungen vorgenommen werden.

Rabow (Berlin).

II. Société médicale des Hopitaux zu Paris.

Sitzung vom 28. Novbr. 1883. (Le Progrès méd. Nro. 48. 1883.)

91) **Bucquoy** stellt einen Kranken vor, der vor etwa 2 Jahren, die *Symptome eines Hirntumors* darbot (Kopfschmerz, Strabismus, Facialisparalyse u. s. w.), dann zeigte sich eine Anschwellung des Kieferwinkels und Pat. entleerte durch die Nase Fremdkörper, die wie Weinbeeren aussahen. Die Eröffnung des Tumors ergab, dass es sich um eine *Hydatidencyste* handelte. Gegenwärtig besteht völliges Wohlbefinden. B. nimmt an, dass die Cyste sich in den Knochen der Basis Cranii, vielleicht im Keilbein entwickelt habe.

Es knüpft sich an den Bericht über diesen Fall eine Discussion, in der Dujardin-Beaumetz hervorhebt, dass die Prognose vorsichtig zu stellen sei, da ein Zurückbleiben von Hydatiden im Gehirn zu befürchten sei. Buquoy ist gegen die Annahme, dass die Cyste jemals intracraniell gewesen sei.

Rabow (Berlin).

III. Academy of medecine zu New-York.

Section in practice of medecine.

Sitzung vom 20. März 1883.

92) **Edward G. Janeway** spricht über die *differentielle Diagnose zwischen Delirium und Geisteskrankheit.* Als Beispiel gibt er die Krankengeschichte eines an Empyen leidenden Mannes, der Anfangs als an acuter Manie leidend angesehen wurde.

93) **Derselbe** richtet im Anschluss an einen von D. Putzel erzählten *dunkeln Fall von Erkrankung des Centralnervensystems* nach einem

Jahre lang vorhergegangenen Falle die Aufmerksamkeit der Mitglieder darauf, dass zuweilen 3, 6, 36, 72 Monate nach einer ähnlichen *Verletzung*, wie in P.'s Falle (Herabstürzen von der Treppe) *Epilepsie* auftrete; man solle dies, namentlich wenn es sich um Atteste für im Eisenbahndienste Verletzte handle, im Interesse solcher oft lange Zeit anscheinend gesunden Leute berücksichtigen.

IV. Pathological Society zu New-York.

(Sitzung vom 28. März 1883.)

94) **Levingstone** erzählt einen Fall von *chronischem Hydrocephalus ohne Vergrösserung des Schädels.* Letzterer hatte 350 Gramm Flüssigkeit beherbergt und zeigte als einzige Abnormität eine offene Fontanelle.

Sitzung vom 25. April 1883.

95) **Lewis Smith** berichtet über die Krankengeschichte und den Sectionsbefund einer 45jährigen Frau, die neben *chronischer diffuser Nierenentzündung, Lebercirrhose, fettiger Degeneration des Herzens* etc. an *Hirnerweichung* litt. Dieselbe sass in der Seite, wo die Vertebralarterie abnorm klein war, so dass wahrscheinlich die geringe Blutzufuhr durch dieselbe in Causalconnex mit der Erweichung zu bringen ist.

V. Medical Society of Pennsylvania in Norristown.

(Sitzung vom 9, 10. und 11. Mai 1883.

96) **Benjamin Lee** (Philadelphia) spricht über den *Schreibekrampf* und empfiehlt für die Lähmungsform desselben das Velpeau'sche, von ihm verbesserte birnförmige Instrument, für die Krampfform das Nussbaum'sche.

97) **John Curwen** (Harrisburg) wünscht, dass die Aerzte nach den *Ursachen* forschen, *die den Nerven- und Geisteskrankheiten unserer Tage einen so schlimmen Character verleihen.* Eine grosse Rolle in dieser Hinsicht spiele das Forterben gewisser geistiger und körperlicher Eigenthümlichkeiten. Ebenso müsse verantwortlich gemacht werden die Neigung zu geistigen Getränken, ferner Schädlichkeiten (schlechte Eindrücke etc.), welche die Mutter während der Schwangerschaft treffen, endlich schlechte Ernährung und Erziehung etc. des kindlichen Geistes und Körpers. Voigt (Oeynhausen).

VI. 9. Jahresversammlung der American Neurological-Association in New-York.

Sitzung vom 20., 21. und 22. Juni 1883.

Unter vielen Vorträgen sind folgende besonders hervorzuheben:

98) **J. Morton** (New-York) erzählt einen Fall von *Neuritis in Folge von Schulterverrenkung.* Merkwürdig war dabei einmal das Auftreten von bindegewebiger Hyperplasie statt der sonst üblichen atrophischen Störungen, und dann eine hochgradige neuro-musculäre Uebererregbarkeit. Bei der Discussion empfiehlt für solche Fälle Webber als

bestes Mittel Blasenpflaster, Hammond absolute Ruhe des betreffenden Gliedes.

99) **J. Putnam** (Boston) sagt, dass er 8 *Krankheitsfälle* beobachtet habe, wo *Blei durch den Urin ausgeschieden wurde, ohne dass die bekannten Symptome der Bleivergiftung da waren:* man hatte andere Diagnosen gestellt.

100) **K. Mills** (Philadelphia) berichtet über einen Fall, in dem 3 Jahre nach dem ersten Auftreten der (durch die Section bestätigten) *Tabes* sich die ersten Symptome *progressiver Paralyse* zeigten.

101) **Spitzka** wendet sich *gegen einen von* Shaw *im Jahre 1881 aufgestellten Satz, dass bei allgemeiner Paralyse verstärkte Sehnenreflexe gewöhnlich da gefunden würden, wo gewisse Sprachstörungen, nicht die eigentliche Aphasie vorhanden seien.* Zwar könne ja die jenen Sprachstörungen zu Grunde liegende Läsion des Gehirns durch ihre Verbreitung etc. auch verstärkte Sehnenreflexe im Gefolge haben, aber ein physiolog. Zusammenhang zwischen Sprachcentrum und Sehnenreflexen bestehe nicht. In 18 bezüglichen Fällen habe er zudem fast nie die Richtigkeit jenes Shaw'schen Satzes beobachten können. (Shaw erwiedert, dass er in 70 Fällen 22 mal verstärkte Sehnenreflexe gefunden, übrigens nie an einen physiol. Zusammenhang dabei gedacht habe.)

102) **Edes** (Boston) trägt vor, dass *bei geistiger Arbeit die Ausscheidung der Phosphorverbindungen durch den Urin nicht, wie man häufig annehme, zu- sondern eher etwas abnehme.*

103) **G. Webber** (Boston) berichtet über 8 Fälle von *Tabes*, die sich theils durch das Vorhandensein gewisser *seltener Symptome* (furchtbare cris. gastr., Respirationsstörungen, Diabetes, Taubheit), theils durch den *günstigen Verlauf* (einer wurde anscheinend ganz geheilt) auszeichneten. (Auch Hammond stellt einen Fall von geheilter Tabes (Electricität und Jodkalium) vor).

104) **Birdsall** (New-York) hat berechnet, dass in 525 Fällen von *Tabes*, die, ausser 42 von ihm selbst untersuchten, von Rosenthal, Bernhardt, Remak, Westphal, Pusinelli, Gowers, Fournier und Erb veröffentlicht seien, 225 mal (43%) *Syphilis vorausgegangen* sei. In der Vorgeschichte seiner 42 Fälle kam die Syphilis nur mit 4% vor.

105) **Morton** empfiehlt gegen *Schreibekrampf* einen nach den Nussbaum'schen Principien wirkenden Apparat in Form eines den ganzen Zeigefinger deckenden Fingerhutes, an dessen Ende sich eine stumpfspitze Feder befindet; Daumen und Finger werden durch ein elastisches Band zusammengehalten. (Webber sagt, das beste Mittel gegen Schreibekrampf sei, mit der andern Hand schreiben zu lernen.)

106) **Dana** bespricht die *Wirkungen der Galvanisation des Gehirns.* Auch bei uneröffneter Schädelkapsel dringe der Strom leicht ein und wirke hauptsächlich durch direckte Reizung; die Anode vermindere wahrscheinlich die Reizbarkeit des Gehirns und wirke durch Contrahirung der Hirnblutgefässe mächtig auf Blutumlauf und Ernährung desselben. Im Uebrigen bringe nur die polare Methode specifische Wir-

...gen hervor. Alsdann setzt D. die *galvanische Behandlung der Chorea* auseinander. Da letztere von Reizzuständen gewisse Theile des dem Willen unterworfenen Bewegungsapparates abhänge, so sei, wie schon von Erb, Berger u. A. vorgeschrieben, die anodale Galvanisation des Gehirns (negativer Pol in die Hand!) zu machen; es erfolge ohne oder mit gleichzeitigem Gebrauch von Arsenik immer in wenigen Tagen oder Wochen Heilung. Bei der Discussion sagen Mills und namentlich Webber, dass die Wirkung der Electricität auf das Gehirn wohl vorzugsweise eine reflectorische sei.

107) **Walton** (Boston) berichtet einen *Fall von hysterischer Hemianästhesie bei einem kräftigen, nicht nervösen Mann*, als deren Ursache ein Fall auf den Kopf anzusehen war. In einem zweiten handelt es sich um *hysterische Anästhesie der höhern Sinnesnerven bei gleichzeitiger Hyperästhesie der Haut.* Beide Fälle wurden durch den Magneten gebessert. Voigt (Oeynhausen).

VII. Kongress der russischen Naturforscher und Aerzte in Odessa im August 1883.

Section für innere Medicin.

(Schluss.) Wegen Raummangel bis jetzt zurückgesetzt. Red.

108) Prof. **Beetz** (Kijew): *Ueber die Vertheilung der Nervenbündel an den verschiedenen Gebieten der Gehirnrinde.* Vortr. hält die gegenwärtig geltenden Anschauungen für ungenügend, weil die Lehre von den Gehirnwindungen kein Verständniss über den Zusammenhang derselben untereinander und mit andern Gehirntheilen gebe. Vortr. fand zur Maceration des Gehirns die schon von Cuvier und von Burdach benutzte alcoholische Jodlösung am zweckmässigsten. Er fand nun beim Zerzupfen des Gehirns, dass die weisse Substanz jeder Hemisphäre nur zum kleinsten Theil aus den Bündeln der Hirnschenkel und denen der grossen Commissur bestehe aber zum grössten Theile aus eigenen Bündeln der Hemisphäre. Die weisse Substanz jeder Hemisphäre vertheilt sich auf zwei Hauptgebiete, das äussere, das sich an der ganzen Convexität ausbreitet und ein inneres, an den flachen und concaven Theilen der Hirnoberfläche. Zwischen beiden Abtheilungen strahlen die Fasern der Hirnschenkel aus. Die äussere Abtheilung besteht aus Längs- und Querbündeln, von denen die ersteren im Stirn- und Scheitellappen, die letzteren im Scheitel und Hinterhauptslappen verlaufen. Die innere Abtheilung besteht aus einem Hauptbündel, das den gyrus fornicatus et hypocampi ausfüllt und aus accessorischen Bündeln.

Die Entwicklung all dieser Fasersysteme hänge durchaus streng ab von der Entwickelung der Partieen der Hirnrinde, welche sie verbinden, oder von welchen sie ausgehen. Desshalb seien je nach der Entwicklung verschiedener Theile der Hirnrinde die entsprechenden Faserpartieen mehr oder weniger oder gar nicht entwickelt. Vortr. meint auf Grund seiner Untersuchungen, dass Benedikt's Anschauungen über die Verbrechergehirne vollständig anatomisch begründet sind. Auf der stärkeren oder schwächeren Entwickelung der einen oder anderen Partie der genannten corticalen Faserbündel beruhen

die individuellen Verschiedenheiten in der Form der Hirnoberfläche. (Der interessante Vortrag wurde nach russischer Sitte oder vielmehr Unsitte mit lebhaftem Beifall aufgenommen, welchen sich der Professor aber verbat, da derselbe wissenschaftlichen Mittheilungen gegenüber nicht am Platze sei.*)

109) **Motschutkowski** (Odessa): *Ueber die Erregbarkeit der motorischen Rindencentren im hypnotischen Zustande.* Vortr. beobachtet seit 14 Monaten ein Mädchen von 18 Jahren, das folgende Hauptsymptome zeigt. 1) epileptiforme Krämpfe, welche vom Untersucher nach Belieben hervorgerufen und beendet werden können; 2) periodischer Schlaf welcher wochenlang dauert, jedoch durch gewisse Massnahmen unterbrochen werden kann; 3) Vollständige Hautanästhesie an den Extremitäten und dem Rumpfe; 4) Contractur der Finger an beiden Händen; 5) Kataleptischer Zustand der Extremitäten während des Schlafes; 6) Während der Hypnose kann man durch Application schwacher faradischer Ströme Contractionen bestimmter Muskelgruppen hervorrufen und zwar von derselben Stelle aus stets dieselben Muskelgruppen, genau in derselben Weise, wie im Thierexperiment bei directer Reizung der Hirnrinde, so dass der Vortr. den ganzen (rasirten) Schädel in 30 Felder eintheilen konnte, wovon er eine photographische Abbildung demonstrirte. Er beschrieb genau die motorischen Effecte der Reizung jedes dieser Gebiete und glaubt folgende Schlüsse für die Physiologie der Hirnrinde aus seinen Versuchen ziehen zu können. 1) Die Centren für die antagonistischen Muskelgruppen liegen überall sehr nahe aneinander. 2) Die Centren der Flexoren liegen hinter denen der Extensoren. 3) In den hinteren Theilen der Hirnrinde liegen wahrscheinlich Centren für unbewusste complicirte Bewegung, die als Ausdruck von Gemüthsbewegungen dienen (z. B. Häckeln, Ausdruck der Verwunderung etc.) — Vortr. hofft von ähnlichen Studien an Hypnotischen viel für die Physiologie der Hirnrinde.

110) **Syzänko:** *Ueber die electrische Reaction des Hörnerven.* S. fand, dass die von Brenner aufgestellten Gesetze nicht ganz richtig sind und kam durch eine Reihe eigener Versuche am gesunden Menschen zu folgenden Resultaten: 1) Die Schliessungsreaction ist nicht immer so scharf ausgeprägt, dass man darauf diagnostische Schlüsse bauen dürfte; 2) Bei Schliessung der Kette wird stets ein Geräusch gehört, das Brenner nicht erwähnt und von den Blasen herrührt, welche durch Zerlegung des in den Gehörgang gegossenen Wassers entstehen; 3) Alle bei Stromschwankungen gehörten Geräusche hängen von durch den Strom bewirkten Muskelcontractionen ab und nicht von directer Reizung des Hörnerven.

111) **Gurewitsch**: *Ueber den Einfluss des n. olfactorius auf die Athmung.* G. fand, dass die Reizung des n. olfact. mit schwachem electrischem Strome oder verschiedenen Riechstoffen die Athembewegung abschwächt (verlangsamt?) während sie durch Reizung des Nerven mit stärkeren Strömen beschleunigt wird. (Ueber die Form der Versuche nichts näheres.) Buch (Helsingfors).

*) Diese Unsitte herrscht auch in Deutschland. Red.

IV. Miscellen.

112) **Likaceff:** Il suicidio in Russia. (Der Selbstmord in Russland.) (Archivio di psich. von Lombroso. 1883. 3. H.)

Auch in Russland nehmen die Selbstmorde zu; während im Jahre 1803 16 Selbstmordfälle auf eine Million Einwohner kamen, zählte man 1875 bereits 30; am bemerkbarsten ist diese Zunahme in den grossen Städten so z. B. in Petersburg 1861 33 : 1000,000, im Jahre 1878 136 : 1000,000.

Es finden sich 3—4 mal mehr Selbstmordfälle bei Männern als bei Frauen. Auch Selbstmorde bei Kindern sind in Russland nicht selten.

Auch über die häufigsten Ursachen der Selbstmorde, sowie über zahlreiche andere hierhergehörige Fragen finden sich statistische Ausweise. Obersteiner (Wien).

113) **Aug. Tamburini:** I progetti di legge sugli alienati in Italia ed in Francia. (Die Entwürfe einer Irrengesetzgebung in Italien und in Frankreich.) (Riv. sper. di fren. 1883. 1—3.)

Im März 1881 legte der Minister Depretis dem italienischen Parlament den Entwurf einer Irrengesetzgebung vor, und Ende 1882 kam ein solcher Entwurf vor den französischen Senat.

Beide Gesetzentwürfe werden in der vorliegenden Arbeit eingehend erörtert und verglichen; leider kann es nicht Sache eines Referates sein, den interessanten Auseinandersetzungen zu folgen.

Obersteiner (Wien).

114) *Ueberführung geisteskranker Soldaten in eine Irren - Heilanstalt.*

Das preuss. Kriegsministerium hat sub 29. August 1883 verfügt: „dass geisteskranke Soldaten aus dem Militairverbande entlassen werden können, ohne dass es vorher einer Unheilbarkeitserklärung bedarf, und — mit Ausnahme der Fälle, wenn ein geisteskranker Soldat wegen Gemeingefährlichkeit etc. im Lazareth bis zu seiner Entlassung nicht verbleiben kann, oder wenn durch Verzögerung der Aufnahme in die Irren-Heilanstalt die Heilversuche leiden würden — überhaupt nicht erst in eine Irren-Heilanstalt überwiesen zu werden brauchen, ergiebt sich zweifellos aus Nro. 18 der Anlage 4 zu § 9 der Rekrutirungs-Ordnung, nach welcher sowohl überstandene, als noch bestehende Geisteskrankheit zum activen Militairdienst untauglich machen.

Hiernach dürfte an sich ein Bedürfniss nicht vorliegen, geisteskranke Soldaten vor ihrer Entlassung unter allen Umständen und lediglich zu dem Zwecke einer Irren-Heilanstalt zu überweisen und daselbst etwa einer sechswöchentlichen Behandlung zu unterziehen, damit über die Geisteskrankheit das Gutachten eines Irren-Heilanstaltsarztes gewonnen wird. D. M. Z. 10. 1884.

115) Das Gehirn Turgenjew's hatte das ganz enorme Gewicht von 2012 gramm; es soll sich auch durch die Symmetrie (!) seiner Gestalt und den Reichthum an Windungen ausgezeichnet haben.

Blos ein einziges Gehirn, das von Rudolphi gewogene Gehirn des Arbeiters Rustan mit 2222 gramm ist noch schwerer als das Turgenjew's. (Revue d'Anthrop. 1884 1. H.)

116) *Section Lasker's.* Gehirngewicht (incl. Kleinhirn, Pons, Medulla obl. und Häute) nur 1300 Gramm. Auf der Innenfläche der Dura, rechts, nahe dem Sin. long., eine vascularisirte, lamellöse, mit gelbbraunen und rothen Punkten durchsetzte Pseudomambran von 5 Ctm. Durchmesser in sagittaler und 4 Ctm. in frontaler Richtung, bei einer Dicke von 5 Mm. (Pacchimening. intr. chron. haemorrh.). In den kleinen Gefässen der Oberfläche, namentlich in der Art. cereb. prof. und Art. foss. Sylv. und in den in die Subst. perf. ant. eintretenden kleineren Aestchen der letzteren fand sich Endarteriitis deformans. Stellenweise ist das Lumen obliterirt. Keine Embolie oder Thrombosen. In beiden corpor. striat. Erweichungsherde (gelb) von symetr. Sitze und gleicher Grösse (1 Ctm. in allen Dimensionen), der subst. perf. ant. einerseits und dem Thalam. opt. anderseits angrenzend. Der rechte Herd, der schon am Boden des Seitenventrikels erkennbar war, involvirt auch die Caps. int. und den Linsenkern, der linke streift nur die erstere. Die Piascheiden der Arterien und der subst. perf. ant. und in dem den Erweichungsherden benachbarten Gewebe waren verdickt und mit Rundzellen infiltrirt. Die perivascul. Räume erweitert, mit fettig granulirten Zellen und Leucocyten gefüllt. Intima verdickt, oft das Lumen obliterirend. (Encephalomalacia ischaemica). Berl. kl. W. 1884 11. 2.

V. Tagesgeschichte.

Aus New-York. Am 20. December vorigen Jahres brach in dem New-York City Asylum auf Ward's Island, in welchem 1400 männliche Geisteskranke untergebracht sind, um 10½ Uhr Vormittags Feuer aus. Die mit unglaublicher Geschwindigkeit geleistete und mit wunderbarer Ruhe und Umsicht durchgeführte Hülfe hatte nach 6 Stunden das riesige Feuer überwältigt und es vermocht, dass kein Menschenleben verloren gegangen, ja nicht einmal eine Verletzung vorgekommen ist. Ein uns erst jetzt zugegangener Bericht über diesen Brand ist voll des Dankes und Lobes gegen die Centralstelle des Hülfsdepartements und gegen den Dircctor der Anstalt, Dr. Macdonald. Der Schaden wird auf ungefähr ½ Million Mark gegeschätzt.

Quislain-Denkmal. Dem berühmten belgischen Irrenarzte Joseph Quislain soll in seiner Vaterstadt ein Denkmal errichtet werden. Ein Comité, an dessen Spitze der General-Inspector des belgischen Irrenwesens, Herr Dr. Oudart steht, wendet sich in der Ansicht, dass die Wissenschaft keine Grenzen kennt, auch an nicht belgische Irrenärzte mit der Bitte um einen Beitrag. Als Minimal-Beitrag sind 5 Francs angenommen. Einsendungen sind bis zum 31. März d. J. an Herrn Dr. B. C. Ingels, Médecin de l'hospice-Quislain in Gand (Belgien) zu richten.

VI. Nachtrag

zu dem Berichte über den Vortrag der Frau Dr. **Tarnowskaia:** *Die Veränderungen im Rückenmark nach Nervendehnung.*

Durch ein Versehen von mir ist in dem Referate über den Vortrag von Frau Dr. Tarnowskaia ein ganzer Passus ausgelassen worden, welcher hierbei noch folgt. Zugleich möchte ich die Bemerkung machen, dass die von mir referirten Vorträge aus dem psychiatrischen

Verein nicht die einzigen, dort gehaltenen sind, sondern dass dort noch viele andere vorkommen, welche ich aber im Manuscripte oder im Auszuge nicht habe erhalten können.

Das Ausgefallene muss auf Seite 58 an Stelle des Abschnittes „Am Nerven selbst“ bis „Nervenfasern gesehen“ gesetzt werden.

Hinze (St. Petersburg).

Was den Nerven selbst anbetrifft, so konnte man schon in den ersten Tagen nach der Nervendehnung 1) eine bedeutende Anschwellung des Myelins in Gestalt eigenthümlich geformter Ampullen constatiren, welche, verschieden gross, um den Achsencylinder sich gelagert hatten; die Ranvier'sche Einschnürungen (segmente annulaires) fehlten. 2) Bei Kaninchen, welche 2—3 Wochen nach der Dehnung des Ischiadicus getödtet wurden, erschienen die Lautermann-Schmidt-'schen Körper auseinandergeschoben, wie es nach starken Reizen vorkommt, sie erschienen durch die aufgequollenen Zwischenräumen von einander getrennt, obgleich sie ihre dachziegelförmige Anordnung beibehalten hatten. 3) Nach Verlauf von 3 bis 6 Wochen konnten die Achsencylinder nicht mehr deutlich gesehen werden, sie verschwanden selbst in manchen Nervenfasern vollkommen. 4) 4—6 Wochen nach der Dehnung fangen auch die Myelinampullen zu verschwinden an, indem das Myelin allmälig resorbirt wird und sie zeigen dann einen feinkörnigen, fettig-entarteten Detritus; nebenbei sieht man eine Menge Schwann'scher Scheiden ohne Inhalt. Neben den fettig degenerirten Nervenfasern lassen sich in dieser Periode zerstreute feine, junge normale Nervenfasern constatiren. 5) In den Fällen, in welchen der Ischiadicus zufälligerweise zerrissen wurde, fanden sich 2—3 Wochen später die peripheren Enden in ihrem ganzen Verlaufe bis zu den Endzweigen — Rami plantares — degenerirt, was schon 1879 Dr. Erlizky an amputirten Hunden nachgewiesen hat. 6) Im centralen Nervenende liessen sich auch degenerirte Nervenfasern nachweisen, aber sehr wenige dieser findet man nicht in der ganzen Ausdehnung des Centralendes, sondern nur in der Umgebung der gedehnten Strecke, proportional der angewandten Kraft.

VII. Personalien.

Offene Stellen. 1) Eichberg (Nassau), 3. Hilfsarzt, 900 M. (Anfangsgehalt) fr. Stat. 2) Leubus (Schlesien), Volontairarzt, M. 1050, freie Station. 3) Saargemünd, Assistenzarzt, 1200 M., freie Station. 4) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Druckfehler.

Der Vortrag über Behandlung rheumatischer Facialislähmung (pag. 54 in Nro. 3) ist von Moritz Meyer in Berlin.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **1. März 1884.** **Nro. 5.**

INHALT.

I. Originalien. Prof. M. Bernhardt: Beitrag zur Lehre vom „schnellenden Finger".
II. Original-Vereinsbericht. Berliner medicinische Gesellschaft.
III. Referate und Kritiken. Beauregard: Das Gehirn der Wale. James: Ernährung und Reproduction im Allgemeinen und in Rücksicht auf Aetiologie und Behandlung von Krankheiten betrachtet. Silvio: Linsenkern und geschwänzter Kern. Tamburini und Marchi: Beitrag zum Studium der Hirnlocalisation und der Gliome. Féré: Die paradoxe Contraction. James: Fussklonus in Beziehung zur Grösse der Person. Althaus: Ueber einige postepileptische Erscheinungen. Dujardin-Beaumetz: Sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la paraldehyde. Lee: Behandlung der Kinderlähmung. Sperrlingk: Ueber echte Sitophobie. Tamburini: Grübelsucht mit Berührungsfurcht.
IV. Aus den Vereinen. I. Société de Biologie zu Paris. II. American Neurological-Association zu New-York. III. American Laryngological-Association zu New-York
V. Miscellen. Thon-Elektroden. Sich selbst befeuchtende Electroden.
VI. Tagesgeschichte. Aus Wien.
VII. Neue Literatur. VIII. Personalien.

I. Originalien.

Beitrag zur Lehre vom „schnellenden Finger".

Von Prof. M. BERNHARDT.

Seitdem im Jahre 1850 Nótta (Nélaton) zum ersten Male über das Vorkommen der mit dem Namen des „federnden, schnellenden Fingers, (doigts à ressort)" belegten Krankheit Mittheilung gemacht hat sind 33 Jahre hingegangen, während welcher nach den neuesten Angaben der Literatur (Vogt, Felicki, Berger) nur etwa 21 oder 22 Fälle dieses interessanten Leidens beschrieben worden sind. Die Störung besteht bekanntlich darin, dass ein Finger oder auch mehrere gleichzeitig nur bis zu einem gewissen Grade gebeugt und gestreckt oder auch nur entweder gebeugt oder gestreckt werden können: es stellt sich der vollen Ausführung der intendirten Bewegung ein Hinderniss entgegen, welches entweder nur mit grosser Anstrengung oder auch nur mit Zuhilfenahme der anderen Hand überwunden werden

kann. Dieses Ueberwinden der Hemmung geschieht plötzlich, oft mit einem hörbaren Geräusch und der Finger springt mit einem schnellenden Ruck, wie von einer elastischen Feder getrieben, in die Stellung über, welche langsam und allmälig von den gesunden Fingern erreicht wird. Bevor ich des Weiteren referire, in welcher Weise diese Anomalie von den einzelnen Autoren zu erklären versucht worden ist, erlaube ich mir zwei eigne Beobachtungen dieses relativ seltenen Leidens mitzutheilen, welche, wie ich hoffe, die Erkenntniss von dem Zustandekommen dieser Zustände fördern werden.

1) Die erste Beobachtung, eine jetzt 68jährige Wittwe betreffend, machte ich schon im Jahre 1876 im Juli. Damals sah ich aber Frau H . . . . nur einmal, während ein Zufall sie mir jetzt im Februar 1884 auf's Neue zuführte. In den Jahren 1874/75 war die Kranke als Wirthschafterin und beim Waschen anhaltend thätig gewesen. Seitdem hatte sich in der Hohlhand rechts unterhalb des capit. ossis metac. quarti eine Contractur der Palmarfascia ausgebildet und etwas später auch die Erscheinung des „schnellenden Fingers", aber *nur* an dem *Mittelfinger* der rechten Hand. Der vierte Finger steht in dauernder Beugecontraktur und auch der fünfte ist gebeugt: von der knotenförmig verdickten Stelle der fascia palmaris unterhalb des Ringfingers in der Hohlhand sieht man eine die Haut erhebende Falte bis zur Grenzlinie der Mittel- und Basalphalange des V. Fingers ziehen. Die Finger können zur Faust geschlossen werden: geschieht dies aber mit Kraft (um etwas festzuhalten), so bleibt, wenn nun die Finger wieder gestreckt werden sollen, der III. gebeugt, und es bedarf grosser Anstrengung von Seiten der Kranken, um die Streckung auch dieses Fingers auszuführen. Dies geschieht mit deutlich sichtbarem Schnellen. Sie bringt sehr oft den Mittelfinger erst mit Hilfe der linken Hand in die Streckstellung zurück, in dem sie das gebeugte Nagelglied desselben fasst und langsam zu strecken beginnt: mit einem Ruck schnellt dann der Finger auf: man fühlt, wie ein Hinderniss am capit. ossis metac. III in der Vola überwunden wird: direkter Druck auf diese Stelle selbst wird nicht gerade als schmerzhaft empfunden. Manchmal scheint es der Patientin, als sässe das Hinderniss in dem Gelenk zwischen der basalen und Mittelphalanx des III. Fingers: dabei zeigt sie auf die Dorsalseite dieses Gelenkes.

Auch links findet man in der Hohlhand an der identischen Stelle wie rechts d. h. etwas unterhalb des capit. ossis metac. IV eine beginnende Contraktur der Palmarfascia angedeutet: der IV. Finger steht etwas gebeugt: doch ist die Bewegung aller Finger, auch des III., frei und von „Schnellen" ist links nichts zu bemerken. Die vor $7^1/_2$ Jahren vorhanden gewesene Druckschmerzhaftigkeit in der Handfläche in der Höhe der capit. ossi metac. III. ist zur Zeit nicht mehr nachzuweisen.

2) Seit einigen Wochen behandele ich an demselben Leiden den 49jährigen Mann W . . . . Derselbe hatte während der Jahre 1861—1867 in gebirgiger Gegend (Schlesien) als Soldat gedient und sich (des Winters namentlich) andauernd eines Krückstabes bei der Besteigung und dem Hinabgehen der Anhöhen bedient. Seit jener Zeit

soll die heute bestehende Contraktur der fascia palmaris beider Hände, vornehmlich der rechten, sich entwickelt haben. *Genau* wie im vorigen Falle befinden sich die knotigen Verdickungen in der rechten Hohlhand in der Verlängerung des IV. Fingers, etwas unterhalb des capit. ossis metacarp. quarti. Von dort geht eine Falte zur basalen Phalange des III. Fingers. Druck in der Gegend des capit. ossis metacarpi tertii zwischen ihm und dem Köpfchen des IV. Mittelhandknochens ist empfindlich: der IV. Finger ist übrigens kaum contrakturirt zu nennen und steht fast so gerade wie die übrigen Finger. Schon im Sommer 1883 hatte Patient vielfach von rheumatischen Beschwerden zu leiden: im September und Oktober desselben Jahres bestand einige Zeit eine Schwellung im rechten Handgelenk und auf dem Handrücken, und noch heute behauptet Patient, dass die Volarseite der basalen Phalanx seines Mittelfingers jeden Morgen dick und angeschwollen sei.

Seit dem November 1883 zeigt sich nun folgende Störung am Mittelfinger der rechten Hand: Hat der Kranke die Finger zur Hand fest geschlossen (was ohne Schwierigkeit von Statten geht) und öffnet dann die Finger wieder zur Handstreckung, so bleibt der III. Finger in allen Gelenken stark gebeugt zurück; zeitweilig gelingt es dem p. p. W. dann durch eigne Anstrengungen den Finger zur Streckung zu bringen, meist aber (und ganz besonders nach längerer Ruhe des Morgens) muss er die linke Hand zu Hilfe nehmen, um mit der Streckung des Nagelglieds beginnend das Hinderniss zu beseitigen, welches scheinbar, *seinem* Gefühle nach, in dem Gelenk zwischen der Mittel- und Basalphalanx liegt. Schliesslich gelingt dann die Oeffnung des Fingers mit einem Ruck und unter einem leise knackenden Geräusch.

Fühlt man dabei fest in der Gegend des capit. ossis metac. III. in der Vola zu, so merkt man deutlich das Gleiten der Beugesehnen, die mit einem Ruck über ein dort liegendes Hinderniss fortkommen. Alle übrigen Finger der rechten Hand sind frei: hält man passiv die basalen Phalangen der Finger der rechten Hand dorsalflektirt, so kommt sowohl Beugung wie Streckung der Mitttel- und Nagelphalangen aller Finger (auch des schnellenden dritten) ungehindert und frei zu Stande. Beugung und Streckung der basalen Phalangen *allein*, (bei gebeugten übrigen Fingergliedern), eine Bewegung, zu deren Ausführung einige Uebung gehört, kann Patient nur unvollkommen zu Stande bringen. Sämmtliche Finger der linken Hand sind frei beweglich: doch besteht auch in der linken Hohlhand seit 1864, ebenfalls unterhalb des capit. ossis metac. IV eine Contraktur der fassia palmaris, nur in weit geringerem Grade, wie rechts.

Menzel, welcher zuerst durch Versuche an der Leiche über die Ursache des hier besprochenen Leidens Klarheit zu verbreiten suchte, kam zu dem Schluss, dass das Schnellen der Finger durch eine Affektion der Sehnenscheide bedingt sei, welche bei vorhandenem Sehnentumor entweder verengt oder eingerissen sei. Diese Sehnenanschwellung kann durch eine Sehnenscheidenentzündung zu Stande kommen, oder

plötzlich, wie Vogt besonders hervorhob, durch ein Trauma (fibrillärer Sehnenriss oder intrafibrilläres Blutextravasat), oder in seltenen Fällen durch eine in circumscripter Gestalt auftretende gummöse Knotenbildung an der Sehne. Nach vorangegangener partieller Sehnenruptur können sich endlich nach Vogt solche Sehnenknoten ausbilden, welche entweder als kleinste Ganglien oder als wirklicher Sehnencallus aufzufassen wären. — Derartige Verhältnisse nun werden sich, sobald der federnde Finger der Daumen ist, wohl immer nachweisen lassen. Was aber die übrigen Finger betrifft, so hat schon Notta bemerkt und Vogt weiter ausgeführt, *wie wichtig das Verhältniss der blindsackförmig endigenden Scheiden der Flexorensehnen zu der Hohlhandaponeurose für diese Verhältnisse werden kann.* „Man sieht, sagt „Vogt, bei der anatomischen Untersuchung, dass sich beim Anziehen „der Sehne, diese Falte höher hinaufstülpt, um beim Nachlass des Zuges „wieder herabzutreten. Da dieses Hinauf- und Hinabschieben unter „den diese Partie straff überbrückenden transversalen Faserzügen der „Palmaraponeurose geschieht, so könnten sehr wohl durch Verdickun„gen an dieser Stelle intravaginale Extravasate, Exsudate etc. Ein„klemmungen entstehen, die eben nur unter der Brücke als solche „vorliegen, während vor und nach dem Durchtritt die Bewegung frei „ist". Es sprechen für diese Deutung diejenigen Beobachtungen von schnellendem Finger, bei denen das Hinderniss in der Hohlhand deutlich fühlbar war, wie Notta mehrere anführt. Diese Bemerkungen Vogt's sind in einer Arbeit seines Schülers B. Felicki's (Ueber den schnellenden Finger. Inaug. dissert. Greifswald 1881) noch weiter ausgeführt worden. Die Behinderung kann nach ihm an den mittleren Fingern sehr oft allein durch Verdickung an dem vaginalen Recessus bedingt sein, während die palmare Ueberbrückung unverändert ist. Andererseits kann in der letzteren die Veränderung eingetreten sein, während die vaginale Umhüllung intakt geblieben ist. Wenn man diese Erklärung der Erscheinungen für unsern ersten Fall gelten lassen will, so treffen für den zweiten Fall beide Ursachen zusammen, um das Phänomen zu erzeugen. Im ersten Falle handelt es sich um eine Contraktur der Palmarfascia, um umschriebene Verdickungen, welche der freien Bewegung der Sehnenscheide des Mittelfingers ein Hinderniss entgegen setzten: im zweiten Falle kommt die rheumatische Disposition des Kranken hinzu und unter der gleichfalls contrakturirten und verdickten Palmarfascia hat sich die durch den rheumatischen Prozess geschwollene Sehnenscheide mit ihrer Sehne hin und herzubewegen.

Die erste Patientin trägt ihr Leiden jetzt über 8 Jahre; eine regelmässige Behandlung war und ist nicht einzuleiten, da die Kranke von ausserhalb zugereist stets nur kurze Zeit sich am Orte aufhält. Ob bei dem zweiten Patienten die begonnene Behandlung (Einpinselungen von Jodtinktur, lokale warme Bäder, Massage, Elektricität) von Erfolg sein wird, muss die Zeit lehren: ob bei ausbleibender Besserung der Kranke die von Vogt für solche Fälle vorgeschlagene Operation (Freilegung, In- und Discision der einschnürenden Partieen der Fascia) an sich wird ausführen lassen, bleibt abzuwarten.

Dass ich mich bei dieser kurzen Mittheilung einer genaueren Angabe der Literatur enthalten habe wird man mir wohl um so mehr verzeihen, als in den vortrefflichen Abhandlungen von Vogt: Die chirurgischen Krankheiten der obern Extremitäten aus der Deutschen Chirurgie von Billroth und Lücke, Stuttgart 1881 § 85—89, ferner von Berger: Artikel: „Schnellender Finger" in A. Eulenburg's Real-Encyclopaedie, 1882, sowie in der im Text erwähnten Dissertation Felicki's alles Hierhergehörige bis auf die neueste Zeit notirt und zu finden ist.

II. Original-Vereinsbericht.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Februar 1884.

117) In der *Discussion über den Vortrag* des Herrn **Liman** betreffend die Processe gegen Friederike Zehmisch und Bertha Horlitz (mitgetheilt in Nro. 3 dieses Centralbl.) bemerkt Herr Mendel, dass er sich principiell gegen die Auffassung Liman's wenden müsse, der die p. Zehmisch zwar als in abnormer Gemüthslage befindlich, aber nicht als geisteskrank im Sinne des § 51 des Strafgesetzbuches, (sc. Ausschluss der freien Willensbestimmung!) beurtheilt habe. Er (Mendel) sei der Ansicht, dass der gerichtliche Sachverständige sich nicht über den Zusatz des § 51: „die seine freie Willensbestimmung ausschliesst" zu entscheiden habe, vielmehr nur über die etwaige „krankhafte Störung der Geistesthätigkeit" urtheilen solle. Das Weitere sei dann Sache des Richters. Wie aus den Motiven zu § 51 hervorgehe, sei der Zusatz absichtlich gemacht, damit die letzte Entscheidung in der Hand des Richters bliebe. Uebrigens habe die wissenschaftliche Deputation gelegentlich eines Obergutachtens dieselbe Auffassung des betreffenden § vertreten. — Es habe eine eminente practische Bedeutung, dass der Sachverständige sich genau in den ihm gesetzten Schranken hielte. — — Was den speziellen Fall der Zehmisch anbeträfe, so müsse er nach der ganzen Darstellung Liman's annehmen, dass es sich um einen chronischen Fall von Geistesstörung gehandelt habe, dass also die Inculpatin auch zur Zeit der Verhandlung geisteskrank im Sinne des Gesetztes gewesen sei. Allerdings sei sie vernehmungsfähig gewesen, doch hätten ihre Aussagen — als die einer Kranken — absolut sicheres Gewähr nicht geben können.

Herr Edel (der in dem Process Zehmisch als Sachverständiger mitfungirte) erklärt, dass er die Angeklagte für dauernd geisteskrank gehalten habe, und dass er durch den Vortrag Liman's nur in seiner Ansicht bestärkt sei.

Herr Virchow gibt Auskunft über die Entstehungsgeschichte des § 51 und stimmt im Allg. Mendel bei. Es sei vielleicht besser den erwähnten Zusatz („die seine freie etc.") aus dem Gesetz ganz zu entfernen.

Nach einigen Bemerkungen des Herrn Goerig über den Fall Horlitz, betont Herr Liman in seinem Schlussworte die oft schwierige Stellung des practischen Gerichtsarztes, der vom Richter gezwungen würde nach *jeder Richtung* sein Gutachten abzugeben und nicht mit reservirten Urtheilen davon käme. Es könne sich bei diesen Gutachten deshalb auch nur um Meinungen und Ansichten handeln. Mit haarscharfen psychiatrischen Deductionen sei der Rechtspflege wenig gedient. Langreuter (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

118) **H. Beauregard:** Recherches sur l'encephale des Balaenides. (Das Gehirn der Wale.) (Mit VI Tafeln.) (Journ. de l'anat. et de la phys. norm. et path. 1883. 5. H.)

Es standen dem Untersucher die Gehirne einer ausgewachsenen Balaenoptera Sibbaldii und zweier Foeten derselben Art zur Verfügung. Das Gehirn des ausgewachsenen Thieres, dessen Länge nicht angegeben ist, wog nachdem es etwa ein Jahr in Alcohol gelegen war, beiläufig 3 Kilogr. — Als bedeutendste Resultate sind folgende Thatsachen hervorzuheben: Der centrale Geruchsapparat besteht, wenn er auch immerhin nur schwach entwickelt ist; der gyrus fornicatus aber ist sehr ausgebildet, und in eigenthümlicher Weise gefurcht; die sehr zahlreichen Furchen des Hirnmantels sind in einer Weise angeordnet, welche das Gehirn der Cetaceen am meisten dem Typus der Einhufer nähern.

Ganz interessant ist es zu erfahren, mit welch grossen Schwierigkeiten Pouchet bei der Herausnahme des Grosshirns (es geschah dies in Vardô) zu kämpfen hatte. Obersteiner (Wien).

119) **Alexander James** (Edinburgh): Nutrition and reproduction considered generally, and as bearing on the etiology and treatment of disease. (Ernährung und Reproduction im Allgemeinen und in Rücksicht auf Aetiologie und Behandlung von Krankheiten betrachtet.) (Vortrag vor der Medico-chirurgical Society von Edinburgh, 4. Juli 1883. — Separatabdruck aus dem Edinburgh medic. Journ. vom August 1883.)

Verf. stellt rücksichtlich der Ernährung der Menschen und höheren Thieren folgende Sätze auf, zu deren Verständniss er namentlich die 1873 von Goltz nach Durchschneidung des Rückenmarks eines jungen Hundes gemachten Beobachtungen, sowie die 1881 von Rumpf (Pflüger's Archiv p. 415) veröffentlichten Versuche anführt: 1. Von den Nervencentren fliesst zu den Geweben eine nervöse Kraft die sie ernährt. 2. Fliesst diese Nervenkraft in mässiger Menge zu Muskeln oder Drüsen, so hat sie einen „trophischen oder aufbauenden“ Einfluss während sie im Uebermasse wirkend einen „functionellen oder zerstörenden“ Einfluss ausübt. 3. Dieses centrifugale Fliessen der Nervenkraft wird dadurch hevorgebracht, dass von Muskeln und Haut ein centripetales stattfindet; diese beiden Richtungen des Stromes aber

hängen von der Grösse der moleculären Vorgänge in den centralen oder peripheren Organen ab.

Diese Nervenkraft nun können wir durch Diät, Arzneimittel, directe Einwirkungen auf Muskeln oder Haut vermindern oder vergrössern. Dies ist bei der Behandlung von Krankheiten zu verwerthen. So sei z. B. die Chlorose, die schon Trousseau und A. eine Neurose genannt haben, und in deren typischer Form trotz meist unzureichender Nahrungszufuhr das Körpergewicht nicht ab- oft sogar zunahm, eine Erkrankung, in der die Grösse der centrifugalen Nervenkraft zu klein sei; es nütze desshalb eine stickstoffreiche Nahrung, da diese die Gewebsumsetzungen vermehre (Banting Cur etc.); es nütze aus demselben Grunde Sauerstoffaufnahme (frische Luft!) und Strychnin; zugleich seien Salzbäder, Massage, Electricität etc. heilsam, da sie die centripetale Nervenkraft vermehren. Umgekehrt müsse man in Erkrankungen, wo die destructiven Prozesse vorwiegen (Fieber Phthyse etc.) die kohlenstoffreichen Mittel geben, da durch dieselbe die Gewebsumsetzungen vermindert werden.

Von der Ernährung hänge nun aber auch die Reproduction ab; so wisse man z. B., dass eine Pflanze durch *mangelhafte* Ernährung leichter zur Fructification gebracht werden könne (Wolff) — eine Erscheinung, die Verf. durch das Beispiel der in einer Nährflüssigkeit befindlichen Zelle verständlich zu machen sucht, insofern diese bis zu einer gewissen Grösse wachse, dann aber in mehrere sich nun wiederum weiter ausbildende Individuen zerfalle, weil sie an Volumen schneller zunehmend als an Oberfläche, durch letzteres nicht mehr genügend Nahrung zum Weiterwachsthum aufnehmen könne. Aehnlich verhalte es sich mit dem befruchteten Ei; ja auch das Entstehen der Neubildungen, das Auftreten von Eiterkörperchen, von gewissen Anschwellungen der Lymphdrüsen u. s. w. erkläre sich zum Theil aus solcher mangelhafter Ernährung der betreffenden Gewebe.

Voigt (Oeynhausen).

120) **Tonnini Silvio:** I nuclei del corpo striato. (Linsenkern und geschwänzter Kern.) (La psichiatria 1883.)

Eine Reihe von mitunter sehr instructiven Fällen, in welchen eine Erkrankung des nucleus caudatus oder lenticularis vorlag, zusammengehalten mit den bisherigen Erfahrungen der Pathologie sowie der Physiologie liefert das Material zu den vorliegenden Untersuchungen in denen Verfasser bemüht ist, das noch immer nicht genügend klare Krankheitsbild bei Affectionen der genannten Ganglien genauer zu präcisiren.

Besonders hervorzuheben wären jene Punkte welche für eine Differentialdiagnose zwischen Linsenkern und geschwänzten Kern benutzt werden können:

1. Läsionen des Linsenkernes, und zwar die acuten Erweichungs- oder hämorrhagischen Herde, sind häufiger, als solche im geschwänzten Kerne, woran die Verhältnisse der Gefässvertheilung Schuld sein dürften.

2. Gehen die vasomotorischen Störungen sowie die der Sensibilität rasch vorüber, während sie auf motorischem Gebiete längere Zeit noch fortbestehen, so darf man eher eine Affection des Nucleus caudatus annehmen.

3. Schon wenn die Erscheinungen auf motorischem und sensorischem Gebiete gleichzeitig schwinden, noch mehr aber wenn jene zuerst vergehen, muss an einen Herd im Linsenkern gedacht werden.

4. Hemianästhesie und vasomotorische Störungen allein lassen eine Läsion des Nucleus caudatus ausschliessen.

Die motorischen Störungen kommen bei beiden Ganglien vor, sind aber weniger intensiv und mehr vorübergehend, wenn der N. caudatus ergriffen ist.

6. Es ist kaum möglich zu entscheiden, ob eine Erkrankung des Linsenkernes allein, oder desselben in Gemeinschaft mit dem geschwänzten Kerne vorliegt. Obersteiner (Wien).

---

121) **Tamburini** und **Marchi** (Reggio): Contributo allo studio delle localizzazioni e dei gliomi cerebrali. (Beitrag zum Studium der Hirnlocalisation und der Gliome.) (Riv. sper. di fren. 1883. 2. u. 3. H.)

Mehrere Monate vor der Aufnahme in die Anstalt hatte die 38 jährige Kranke begonnen über allgemeines Uebelbefinden und Kopfschmerz zu klagen. Drei Monate vor der Aufnahme stellten sich heftige Anfälle mit Verlust des Bewusstseins und Krämpfen (bes. der rechten oberen Extremität und des Gesichtes) ein, die sich bis 12 mal in einer Nacht wiederholten; dann trat Schwierigkeit beim Sprechen ein. Die Kopfschmerzen wurden sehr heftig, zuletzt gesellten sich psychische Erscheinungen (Unruhe, Erregbarkeit, Verwirrtheit) hinzu. Bei der Aufnahme fand sich Abnahme der Beweglichkeit an der ganzen rechten Körperseite, namentlich an der oberen Extremität. Sensibilität normal, amnestische Aphasie sowie Agraphie, Kopfschmerz vorzüglich in der linken Scheitelgegend. Zuletzt kam es zu heftigem Erbrechen, Zunahme der geschilderten Erscheinungen, allgemeine Prostration.

Bei der Section fanden sich die beiden unteren Frontalwindungen sowie die vordere Centralwindung hauptsächlich in ihrem unteren, weniger im mittleren, fast gar nicht im oberen Drittel eigenthümlich degenerirt; die genannten Windungen erschienen aufgeschwollen (elephantiatisch) bis tief in die Markmasse hinein erweicht, von einzelnen apoplectischen Herden durchsetzt. Die erweichte Masse bestand hauptsächlich aus dicken, vielgestaltigen mit starken Fortsätzen versehenen Zellen (bis 28 μ im Durchmesser) welche als schwach hyperplastische Bindegewebszellen aufzufassen wären. In den oberen Schichten der Hirnrinde waren noch ziemlich wohl erhaltene, an Zahl verminderte Ganglienzellen su sehen. — Die Autoren glauben aus dem geschilderten Befunde diesen Process als gliomatöse Entartung ansehen zu dürfen. Obersteiner (Wien).

---

122) **Ch. Féré:** Die paradoxe Contraction. (Le Progrès méd. 4. 1884.)

„Als paradoxe Contraction beschreibt Westphal ein bei manchen Individuen auftretendes Phänomen. Dasselbe zeichnet sich dadurch aus, dass, nachdem man den Fuss schnell und kräftig dorsalflectirt, der Tibialis anticus sich zusammenzieht und so Adduction und einen gewissen Grad von Dorsalflexion des Fusses verursacht, der in dieser Stellung ziemlich lange (zuweilen bis 20 Minuten) fixirt bleibt. Westphal nennt dieses Phänomen: „paradoxe Contraction", weil er sich die permamente Muskelcontraction durch die schnelle Erschlaffung entstanden denkt, in welche man diese Muskeln brüsk versetzt hat. (Die Erschlaffung wirkt so gewissermaassen als Reiz.)

Eine ähnliche Erscheinung wird auch, wie Charcot kürzlich in seinen Vorlesungen hervorgehoben hat, unter gewissen Verhältnissen bei manchen Hysterischen wahrgenommen. Dadurch wird das Verständniss und die Erklärung dieses Phänomens gewissermaassen erleichtert. — Wenn man bei einer Hysterischen, aus der Kategorie derer, die das Bild der neuro-musculären Hyperexcitabilität im wachen Zustande zeigen, die Hand schnell und kräftig gegen den Unterarm beugt, so bewahrt der Arm diese Stellung und kann sie Stunden lang beibehalten. Es handelt sich hier um die Reproduction der Westphal'schen paradoxen Contraction. Aber, wenn man die Hand, statt sie brüsk und kräftig anzufassen, *langsam* in dieselbe Position bringt und die Streckmuskeln energisch reizt, so bleibt sie contrahirt in Flexionsstellung. Dieses Experiment kann Aufschluss geben über die Entstehungsweise der Westphal'schen sogenannten paradoxen Contraction. Duchenne (von Boulogne) hatte schon darauf hingewiesen, dass bei jeder harmonischen Bewegung die Extensorenmuskeln nicht in Thätigkeit treten können, ohne dass ihre Antagonisten sich auch im Zustande der Spannung befinden. Es folgt aus dieser sehr wichtigen Beobachtung, dass man keine Zusammenziehung eines Muskels hervorrufen kann, ohne Betheiligung seines Antagonisten; d. h. jeder auf die Extensoren ausgeübte Reiz, hat nothwendigerweise seine Rückwirkung auf die Flexoren. Erzeugt man das Westphal'sche Phänomen, so ist es das Zerren, die Reizung der Extensoren, welches auf die Flexoren zurückwirkt; diese reagiren bei gewissen mit einer besondern neuro-musculären Hyperexcitabilität veranlagten Individuen, indem sie in Contractur treten. — Nach diesem Experimente ist die Erklärung von Westphal zu verwerfen und diejenige von Erlenmeyer zu acceptiren. Letzterer hat an Stelle der „paradoxen Contraction" den Ausdruck „*antagonistische Dehnungscontractur*" vorgeschlagen.

Bemerkt muss indessen noch werden, dass es sich in unsern Fällen um Hysterische handelte, während die Patienten Westphal's dieser Klasse nicht angehörten. Es existirt also nicht völlige Gleichheit der Untersuchungsbedingungen.

Diese Eigenthümlichkeit der Muskeln, sich unter dem Einflusse einer heftigen Bewegung zu contrahiren, macht es erklärlich, wie gewisse Individuen, besonders hysterische, eine forcirte Stellung, welche von einer brüsken Anstrengung herrührt, beibehalten können. Sie

bleiben z. B. mit ausgestrecktem Arme stehen, nachdem sie einen Stein geschleudert. Die durch die schnelle Contraction stark gereizten Muskeln sind in den Zustand der Contractur getreten.“

R a b o w (Berlin).

---

123) **Alexander James** (Edinburgh): Ankle clonus in relation to height of the individual. (Fussklonus in Beziehung zur Grösse der Person.) (Vortrag vor der Medico-chirurgical Society von Edinburg, 7. März 1883, Separatabdruck aus dem Edinburgh Medic Journ. vom Juni 1883)

Verf. setzt auseinander und beweist durch die bei 48 Untersuchungen gefundenen Zahlen, dass, wie der Reflex-Klonus verschiedener Muskeln um so schneller sei, je näher diese Muskeln ihren Nervencentren liegen — dass so die Schnelligkeit des Fussklonus in umgekehrtem Verhältnisse zur Grösse des Individuums stehe. Auch meint er, dass bei Leuten nervösen Temperament's die Schnelligkeit des Clonus grösser sei, als bei Pflegmatikern, bei Ausüben athletischen Sportes grösser, als bei körperlich weniger Thätigen, bei Greisen grösser, als bei Jünglingen. V o i g t (Oeynhausen).

---

124) **Althaus** (London): On some postepileptic phenomena. (Ueber einige postepileptische Erscheinungen. (Vortrag in der medicinischen Section der Britisch medical association in der im Aug. 1883 abgehaltenen Jahresversammlung zu Liverpool — Separatabdruck aus dem Brit. medic. Journ. vom 18. Aug. 1883.)

A. fand bei der Analyse von 250 Fällen functioneller (nicht durch nachweisbare Organerkrankung hervorgerufenen) Epilepsie, dass in 161 (64,4%) Alterationen der geistigen Sphäre eintraten, während die übrigen 89 Pat. (darunter 61 mit *nächtlicher* Epil.) geistig gesund blieben. In jenen 161 Fällen (56,5% männlichen, 43,5% weiblichen Geschlechtes im Alter von 5—62 Jahren, darunter 42% zwischen 15 und 25 Jahren, 40,9% mit hereditär Belastung) handelte es sich 123 mal (76,5%) um typische Krampfanfälle, 26 mal (16,1%) um petit mal, 12 mal (7,4%) und epil. Automatismus. Die hier gefundenen postepil. geistigen Störungen waren entweder acute (characteristisch ihre Periodicität; als Beispiel führt A. das Nähere eines interessanten Falles an, der nicht nur den Nutzen des Chinins gegen derartige Störungen zeigt, sondern auch das gelegentliche Entstehen der Epilepsie dursch Erkrankung der grauen Kerne der med. obl. beweist) oder chronische. Unter den acuten (23%) fanden sich in 13,6% Wahnvorstellungen, Hallucinationen, religiöse Schwärmerei etc. (zugleich vollkommene Unfähigkeit, sich auf das eben durchgemachte zu besinnen), in 7,4% Manie mit Verfolgungswahn, in 1,8% ruhige Delirien meist angenehmen, glückseligen Inhalts. In den chronischen (77%) auf deren Intensität die Zahl und Heftigkeit der epileptischen Anfälle keinen Einfluss zu haben schien, trat gewöhnlich eine gewisse, an den Mienen leicht abzulesende, Stumpfheit und Stupidität in die Erscheinung; daneben fand sich bei vielen Pat., dass sie nichts von dem eben überstandenen epil. Anfalle wussten; zugleich zeigt sich die Articulation oft verändert, das Gedächtniss rücksichtlich der neuesten Er-

eignisse geschwächt, die Stimmung trübe und mürrisch (zum Theil wohl desshalb, weil der Kranke sich von der Gesellschaft zurückgeschlossen fühlte etc.); häufig war auch jedenfalls in Folge des Gefühls, allein zu stehen das Bestreben, sich durch Bibellesen, Beten u. s. w. Gott wohlgefällig zu machen; characteristisch aber vor Allem war es, dass solche Pat. ein tiefinnerliches Bewusstsein ihrer furchtbaren Erkrankung hatten und nun, um nicht als geistig Kranke betrachtet zu werden, versuchten, ihre geistige Fähigkeiten leuchten zu lassen. — Als Besserungsmittel empfiehlt A. in erster Linie Chinin, dann Phosphor, Strychnin, Arsenik (die Bromide schaden hier oft!). — Die durch Kopfverletzung, Masturbation, Syphilis enstandene Epilepsien, die ja auch oft mit Geistesstörungen einhergehen, hat A. bei obiger Analyse ausgeschlossen, da jene Schädlichkeiten Epilepsie und geistige Störungen zugleich hervorrufen können (oft schwer zu diagnosticiren!).

Voigt (Oeynhansen).

---

125) **Dujardin-Beaumetz**: Sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la paraldehyde. (Bull. gén. de Thérap. 1884. 2º Livr.)

Nach Verfassers Untersuchungen und Erfahrungen ist *Paraldehyd* ein gutes Schlafmittel, dem ein dauernder Platz in unserm Arzneischatze gebührt. Als Hypnoticum zeichnet es sich vor Chloral und Opium aus. Es leistet aber viel weniger als die beiden letztgenannten Mittel, wenn es sich um Bekämpfung oder Linderung von Schmerzen handelt. D. bediente sich der folgenden, von Yvon vorgeschlagenen Formel:

Rp. Paraldehyd. 20,0.
Spirit. 100,0.
Syrup. simpl. 75,0.
Tinct. Vanillae 5,0.

Von dieser Lösung liess er 20—30 Gramm, d. h. 2,0—3,0 Paraldehyd in Zuckerwasser nehmen.

Rabow (Berlin).

---

126) **Robert J. Lee:** On the treatment of infantile paralysis. (Behandlung der Kinderlähmung.) (Jour. of nervous and mental disease. Jan. 1883.)

L. will die Kinderlähmung durch künstliche Hitze (heisse Schwämme auf die gelähmten Glieder etc.) heilen. (?)

Voigt (Oeynhausen).

---

127) **Alfr. Sperrlingk:** Ueber echte Sitophobie. (Dissert. Dorpat 1883.)

Der Verfasser versteht unter „echter Sitophobie“ nicht die gewöhnliche Nahrungsverweigerung Geisteskranker, wie sie z. B. durch Hallucinationen oder dgl. bedingt wird, sondern bezeichnet damit vielmehr einen Symptomencomplex, welcher — wie auch schon der Name ausdrücken soll — der Hydrophobie ebenbürtig zur Seite gestellt werden kann.

Es ist also bei der echten Sitophobie weder instinctive Abneigung, Aversion gegen Nahrungsaufnahme, noch Absicht sich zu casteien, noch Furcht vor Gift u. s. w. — sondern ein bei dem Bewusst-

werden des bevorstehenden Deglutionsactes sich einstellender Krampf im Schlingapparate, — meist im unteren Theile des Oesophagus — welcher die klinische Elementarerscheinung der Abstinenz bedingt.

Verf. hat während seiner Thätigkeit als Assistent an der Klinik des Prof. Emminghaus Gelegenheit gehabt eine Reihe hierher gehöriger Fälle zu beobachten, wobei sich die krampfhafte Zusammenziehung des Oesophagus bei den Versuchen die Schlundsonde einzuführen, offenbarte.

Dieser Oesophaguskrampf kann auf Grundlage der bisherigen physiologischen Erfahrungen auf eine centrale Störung zurückgeführt, und daher auch in eine Abhängigkeit zu der vorhandenen Psychose gebracht werden. Obersteiner (Wien).

---

128) **Aug. Tamburini:** Grübelsucht mit Berührungsfurcht. (Sulla pazzia del dubbio con timore del contatto.) (Riv. sperim. di fren. 1883. 1—3.)

Von einem Falle ausgehend, der eine 33 jährige Frau betrifft, bespricht Verf. die herrschenden Anschauungen über Zwangsvorstellungen, und die verschiedenartigen, dadurch bedingten psychischen Abnormitäten.

Er nimmt an, dass es sich dabei einerseits um eine — auf einem beschränkten Gebiete — krankhafte Steigerung in dem Processe der Vorstellungsbildung (ideazione) andererseits um eine Abschwächung, Dissolution, der Willensthätigkeit handle. Beides ist warscheinlich nichts anderes, als der Ausdruck eines einzigen pathologischen Zustandes, der in einer Ernährungsstörung des Gehirns beruhen dürfte, welche selbst wieder durch degenerirte Einflüsse bedingt ist.

Er unterscheidet ferner 3 Grade bei diesen Zuständen, je nachdem die Zwangsvorstellungen das erkrankte Individuum bezüglich seiner Willensaction beeinflussen. Obersteiner (Wien).

IV. Aus den Vereinen.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 22. Dezbr. 1883. (Le Progrès méd. Nro. 52. 1883.)

129) **Galezowski** hält einen Vortrag über die Resultate, welche er bei der Behandlung der „atactischen Affectionen“ mit Aurum cyanatum erzielt hat. Während die bisher gegen die Atrophie des Nerv. optic. angewandten Mittel nichts oder wenig leisteten, zeichnen sich die Cyanpräparate durch ihre günstige Wirkung aus. — G. stellt eine Kranke vor, an welcher die verschiedenen Symptome der Ataxie locomotrice constatirt worden waren. Dieselbe konnte nicht mehr lesen. Ihr Gesichtsfeld war erheblich eingeschränkt. Man fand Atrophia Nervi optici. Drei Monate hindurch wurden ihr täglich 5 Milligr. Aurum cyanat. injicirt.

Bei dieser Behandlungsweise wichen die bisher vorhanden gewesenen blitzartigen Schmerzen vollständig; die Atrophie des Sehnerven blieb stationaire, doch das Gesichtsfeld erweiterte sich in be-

merkenswerther Weise. — Vortr. hat noch 5 derartige Kranke in gleicher Behandlung und schon einige Besserung beobachtet. Bei der verhältnissmässig noch kurzen Zeitdauer, die seit dem Beginn dieser Behandlungsmethode verstrichen, möchte er sich indess über den Werth der erzielten Resultate nicht aussprechen. (Aurum cyanatum ist in Wasser *unlöslich*. Ref.)

130) **Gellé** berichtet über ein Kind, bei welchem nach einer localen Behandlung der Nasenhöhlen sich choreaartige Erscheinungen entwickelten. Dasselbe hat vorher niemals nervöse Symptome gezeigt. Handelt es sich in diesem Falle um eine Chorea traumatica?

Sitzung vom 29. Dezbr. 1883.

131) **Ch. Richet** macht eine Mittheilung bezüglich der *Schnelligkeit der Wirkung verschiedener Metalle auf die Geschmacksempfindung*. Die Untersuchung dieses Gegenstandes ist mit vielen Schwierigkeiten verknüpft. Das dazu erforderliche destillirte Wasser ist nicht ohne Geschmack und man kann leicht die durch das Wasser empfangene Empfindung auf die Metallösung schieben. Die Geschmacksempfindung variirt ausserdem nicht nur nach den Personen, sondern auch nach dem jeweiligen Zustande, indem man sich gerade befindet; sie ist auch nicht dieselbe zu allen Stunden des Tages. Aus diesem Grunde können nur annähernde Werthe erhalten werden. Nach seinen Untersuchungen classificirt er die Stoffe in folgender Reihe: Kupfer, Silber, Quecksilber, Chlornatrium, Ammoniak und Zinc. Löst man in 1 Liter destillirtes Wasser 1 Milligr. schwefelsaures Kupfer, so erhält man eine Geschmacksempfindung; Silber sind 4 Milligr., Quecksilber 10, Chlornatrium 12, Ammoniak 20, Zinc 40 Milligr. (auf 1 Liter Aq. dest.) zur Erreichung dieses Zwecks erforderlich. Kupfer ist also dasjenige Metall, welches in der schwächsten Lösung einen wahrnehmbaren Geschmack gibt. Die verschiedenen Säuren (Schwefelsäure, Salpetersäure, Salzsäure) werden fast alle in derselben Dosis (5—7 Centigr.) percipirt. Rabow (Berlin).

II. American Neurological-Association zu New-York.

Sitzungen im Juni 1883. (The journ. of nerv. & ment. disease. 3. 1883.)

132) **Morton** (New-York): Ueber *Neuritis in Folge von Luxation*. Etwa 8 Tage nach einer sofort reponirten Humerusluxation bei einem 65jähr. Mann Schmerzen und Anschwellung der Hand, weiterhin (im Laufe von 10 Monaten) „glossy skin“, Lähmung des Arms, sensible Störungen (Hyperalgesie, Hyperästhesie, Herabsetzung des Temperatursinns, schmerzhafte Punkte, Gelenkschmerzen, Bindegewebshyperplasie, neuromuskuläre Uebererregbarkeit (minutenlange Contraction des Biceps auf Druck mit dem Finger), Oedem, trophische Störungen an den Nägeln u. s. w. Der *linke* Arm zeigt gleichfalls die übermässige neuromuskuläre Erregbarkeit. M. bezieht dies auf eine Neuritis ascendens, die sich bis zu den spinalen Centren fortgepflanzt hat. Die Hyperplasie des Bindegewebes an Stelle der sonst dabei gewöhnlichen Atrophie hat derselbe nur noch einmal bei einem Falle von Weir Mitchell erwähnt gefunden.

C. K. Mills (Philadelphia) hat mehrere Fälle von Neuritis nach Luxation gesehen, darunter einen mit den von Morton mitgetheilten Symptomen. Im Uebrigen bewegt sich die Discussion wesentlich um die Therapie.

Webber (Boston) empfiehlt Vesikantien.

W. A. Hammond Ruhe, Nervendehnung, allenfalls den constanten Strom. Die Vesikantien erkennt derselbe an, ohne ihnen aber den ersten Platz einzuräumen. In einigen Fällen hat sich das Cauterium actuale längs der Nerven wirksam gezeigt.

Webber ist mit dem Princip der möglichsten Ruhe einverstanden, hat auch einigemale zu diesem Zwecke Einwickelungen des betreffenden Gliedes mit gestärkten Binden vorgenommen. Vom constanten Strom — den inducirten hält er hierbei ebenfalls für schädlich — hat er keine Erfolge gesehen.

Putnam (Boston) rühmt die Wirkung von Eis, Tag und Nacht ununterbrochen oder wenigstens eine grössere Anzahl von Stunden hintereinander angewandt mit der Vorsicht, die Haut durch Flanell vor directer Berührung mit dem Eis zu schützen.

133) **C. L. Dana** (New-York): *Ueber Acidum hydrobromicum als Substitut der Bromalkalien.* Dasselbe sei bisher hauptsächlich zugleich mit Chinin gegeben worden, um den unangenehmen Nebenwirkungen desselben entgegenzutreten. D. hat es seit nahezu 2 Jahren bei den verschiedensten Affectionen des Nervensystems angewandt. Bei Epilepsie kann es die Alkalien nicht ersetzen, es sei denn, dass man es als mildes Sedativum längere Zeit fortgeben will. Vielleicht erreicht es bei grösserer Dosis den Werth der Alkalien. Bei Chorea kann es mit Vortheil als Vehikel für Arsenik mit Nux vomica gegeben werden, wenn man gleichzeitig ein Sedativum wünscht. In 2 Fällen von acutem Alcoholismus versagte das Mittel, während die Bromalkalien mit Chloral wirkten. Für Chinin ist es ein gutes Solvens, vermag aber wenigstens in den kleinen Dosen, in denen es gegeben wird, nicht den Cinchonismus zu verhüten. Die betzten Resultate hat D. bei nervöser Reizbarkeit, congestivem Kopfschmerz, posthemiplegischen circulatorischen Störungen, irritable heart, „Magenschwindel“ erzielt, wo ein allgemeines Nervensedativum indicirt ist. Auch in den meisten Fällen von Schlaflosigkeit wirkte es so wie die Bromide. Seine Vortheile sind, dass es, in mässiger Dosis gegeben, nicht schädlich wirkt. Es verstopft nicht, reizt nicht den Magen, auch bei grossen, lange fortgesetzten Dosen treten keine Bromismen auf. Grössere Dosen schmecken unangenehm. Die Dosis werde gewöhnlich zu klein gegriffen. D. giebt $1^1/_2$—$2^1/_2$ Drachmen einer $10^0/_0$ Lösung. In allen milderen Fällen kann also das Acid. hydrobrom. als Substitut der Bromalkalien gelten. Wenn es nicht in zu grossen Dosen gereicht wird, braucht es mehrere Tage, um seine beste Wirkung zu entfalten.

W. A. Hammond hat vor 7—8 Jahren Acid. hydrobr. und zwar in $3^0/_0$ Lösung 1 Theelöffel und mehr pro Dosi angewandt, aber ohne Erfolg. Allerdings verhüte es die unangenehmen Nebenwirkungen des Chinins, ohne aber mehr dabei zu leisten als die Brom-

alkalien. Er habe es zu einer Drachme auf 5—10 Gran Chinin gegeben.

Escridge (Philadelphia) hält das Acid. hydrobr. für wirkungsvoll bei allen Congestivzuständen des inneren Ohres. Bei Ohrgeräuschen aus anderen Ursachen leiste es nichts.

Dana bezeichnet als gut zu nehmende Dosis: Eine Drachme einer 10% Lösung mit einer Drachme Aqu. cinamm. und 1—3 Tropfen Tinct. Nuc. vomic. in einem Viertel bis halben Glas Wasser. Nausea oder sonstige gastrische Störungen hat er dabei nie gesehen.

W. A. Hammond hat beobachtet, dass Strychnin in Gegenwart von Bromiden sich aus der Lösung niederschlägt, wobei man Gefahr läuft, mit dem letzten Löffel fast die ganze verschriebene Quantität zu nehmen.

Dana ist der Meinung, dass eine 10% Lösung das Strychnin hinreichend löse, möchte aber ohne weitere Versuche nichts Positives darüber sagen.

134) **Putnam** (Boston): *Ueber Bleiintoxication unter dem Bilde anderer Krankheiten.* 8 Fälle ohne Bleisaum, Kolik, Abmagerung, Hautverfärbung, Paralysen oder cerebrale Symptome. Die Diagnose wurde nur aus der Untersuchung des Urins gestellt, der nach mehrtägiger Verabreichung von Jodkalium Blei enthielt. Redner macht nebenbei darauf aufmerksam, dass bleierne Wasserleitungsröhren, auch wenn sie nur kaltes Wasser führen, leicht arrodirt werden können, wenn sie dicht neben solchen verlaufen, die für warmes Wasser bestimmt sind. Was die Urinuntersuchung betrifft, so soll die zur Analyse kommende Menge nicht unter ein Quart sein, auch soll sie während des Gebrauchs von Jodkalium gesammelt werden.

Redner weist hierbei auf eine Fehlerquelle bei der Untersuchung des Urins hin, indem Blei- und Wismuth-Reaction miteinander verwechselt werden kann. Um zu erfahren, ob und wann Wismuth in den Harn übergeht, nahm Redner 30—40 Gran Bism. subnitric. täglich zwei Wochen hindurch. Nach dieser Zeit erschien es, während er es fortgebrauchte im Urin. Als er es 24 Stunden ausgesetzt hatte, erschien es nach Jodkaliumgebrauch wieder.

Webber (Boston) bemerkt u. A., dass *alkalischer* Urin auf das Glas einwirkt, wobei Blei frei wird und so im Urin erscheint. Um diese Fehlerquelle zu vermeiden, weist er seine Pat. an, immer etwas Säure in die Uringefässe zu thun.

135) **J. T. Eskridge** (Philadelphia): *Ein Fall von allgemeiner Neuralgie bei einem 29jähr. Mann.* Derselbe hatte nach einer in einem feuchten Bette zugebrachten Nacht dumpfen Schmerz in der Dorsal- und Lumbalregion empfunden. Nach einem Monat gesellte sich links Ischias dazu. Im Laufe des nächsten Jahres war der Schmerz nur gering, exacerbirte aber nach einer Verbrennung des linken Fusses durch geschmolzenes Eisen. Dieser Anfall dauerte 1 Monat. In den späteren Jahren waren die Schmerzen fast allgemein, nur die linke Gesichtsseite und ein Theil des rechten Beins blieb verschont. Abwechselnd Application von Eis und von heissem Wasser auf die Wir-

belsäule und den Ischiadicus (alle 5 Minuten 1 Stunde täglich) brachte allein Linderung. Die lange Dauer des Processes, die zu verschiedenen Zeiten constatirte Verringerung des Schmerzes bei Druck auf den Ichiadicus bei seinem Austritt aus dem Becken, der Mangel trophischer Störungen, das gänzliche, resp. partielle Freibleiben der oben genannten Körperregionen, der blitzartige Character der Schmerzen bestimmten den Vortr. Neuritis auszuschliessen und sich für allgemeine Neuralgie zu entscheiden.

Webber (Boston) stimmt in Rücksicht auf die unveränderte electrische Erregbarkeit der Muskeln und das Fehlen von Entzündung eines Sinnesnerven dieser Diagnose bei.

L. Weber (New-York) hält den Fall für Leptomeningitis spinalis und berichtet über zwei ähnliche Fälle, von denen er den einen innerhalb 2 Wochen mit trockenen Schröpfköpfen längs der Wirbelsäule bei Ergotin und Bromkalium innerlich geheilt hat.

Eskridge glaubt, dass bei Meningitis der electrisehe Strom die Schmerzen vermehrt haben würde. Es wäre noch zu bemerken, dass über den cutanen Nerven der Arme und des Rumpfes sowie der rechten Gesichtshälfte excessiv schmerzhafte Beulen erschienen sind und dass Pat. gegenwärtig an heftiger Coccygodynie leidet, endlich, dass der Schmerz im Rücken zur Zeit verschwunden ist.

136) **Charles K. Mills** (Philadelphia): *Ueber Tabes mit Ausgang in progressive Paralyse.*

In dem mitgetheilten Falle hatten sich 5 Jahre nach Beginn der ersten Tabes Symptome die für Paralyse charakteristischen Störungen entwickelt. Die Section ergab den dabei gewöhnlichen Hirnbefund und Sklerose der Hinterstränge.

Fälle gleicher Art werden erwähnt von Weber (New-York) und Birdsall; letzterer hat ausser der Hinterstrangsklerose auch eine solche der Randzone der Seitenstränge beobachtet und bezieht dies auf eine vorangegangene Meningitis, hält es auch für möglich, dass auf diese Weise auch Sklerose der Hinterstränge entstehen kann, die stationär wird, während die Meningitis sich zurückbildet.

137) **Spitzka:** *Ueber den Zusammenhang von Sprachstörung und Kniephänomen bei Dementia paralytica.*

Nach Shaw findet sich in den Fällen, die mit ausgebildeter Sprachstörung einhergehen stets früher oder später Verstärkung der Sehnenreflexe. Vortr. hat daraufhin 18 Fälle untersucht, einen Zusammenhang dieser beiden Symptome aber nicht constatiren können, es bedürfe einer grösseren Zahl von Fällen, ehe man ein Urtheil darüber abgeben könne.

Shaw (Brooklyn) hat 22 mal unter 70 Fällen diese Coincidenz gefunden. Seine Mittheilung sei eine rein klinische gewesen, einen Zusammenhang zwischen Rückenmark und Sprachcentrum habe er nicht behauptet.

138) **Edes:** *Ueber Phosphorsäureausscheidung bei geistiger Thätigkeit.* Vortr. fand jene dabei eher verringert, als vermehrt und zieht daraus den Schluss, dass, wenn wirklich eine Vermehrung der Phosphate

bei geistiger Thätigkeit stattfinde, dieselbe doch im Verhältniss zu dem Phosphorverbrauch der anderen Gewebe so gering sei, dass ein Einfluss auf die Ausscheidung durch den Urin nicht bewirkt werde.

An der Discussion betheiligen sich Putnam, Morton, Jewell, Miles, Ott.

139) **Webber** (Boston): *Fälle von Tabes mit ungewöhnlichen Symptomen und abnormen Remissionen.* In den ersten 5 Fällen findet sich von jenen: 1) heftige crises gastriques 20 Jahre hindurch ohne andere namenswerthe Symptome als Fehlen des Kniephänomens, 2) Gürtelgefühl in Form von Zusammenschnüren der Brust, als würde die Luft herausgepresst, 3) Diabetes mit Hinterhauptsneuralgie, 4) Taubheit (wahrscheinlich analog der Sehstörung durch Opticusatrophie), 5) Erhaltensein des Kniephänomens. 3 weitere Fälle und einer der genannten (3) zeichneten sich durch erhebliche Besserung aus, einer konnte als völlig geheilt betrachtet werden (mit Wiederkehr des Kniephänomens), nach 3—4 Jahren kein Rückfall. Der letzte dieser 3 Fälle (mit Anästhesie, lanzinirenden Schmerzen, Ataxie beider Beine und Hände, Gürtelgefühl, Fehlen des Kniephänomens, Puppillenstarre) hatte wiederholte Remissionen, eine von 6 Monaten, mit Wiederkehr des Kniephänomens, konnte mit geschlossenen Augen stehen u. s. w. Die Behandlung hatte nur in Bettruhe bestanden. In einem anderen Falle hatte Argent. nitric. ($^1/_3$ Gr. 3 mal täglich 5 Wochen lang) neben Galvanisation des Rückenmarkes Besserung gebracht.

Walton (Boston) vertritt die Ansicht, dass Taubheit bei Tabes vielmehr auf Mittelohrcatarrh und anderen Affectionen des äusseren Ohres beruht. Man soll mit der Annahme von Degeneration des Acusticus vorsichtig sein.

Jewell betont in therapeutischer Beziehung absolute Ruhe bei passiver Bewegung durch systematische Massage und Sorge für gleichmässige Temperatur der Körperoberfläche in milder Luft, etwa 4—5000 Fuss über dem Meeresspiegel.

Morton ist von der Besserungsfähigkeit der Tabes in frühen Stadien überzeugt. Seine Behandlung hat immer in Argent. nitric., Galvanis. der Medulla und zuletzt in Hydrotherapie bestanden. Trockene Schröpfköpfe applicire er nicht, weil er Gegenreize nicht für vortheilhaft halte. Die Massage schaffe eine Menge von Einwirkungen auf das Rückenmark durch Gelenke, Sehnen, Muskeln etc., ein Umstand, den man vermeiden müsse.

W. A. Hammond hält auch Ruhe für ein Unterstützungsmittel der Behandlung, vielleicht für die Hauptbehandlung und erwähnt besonders einen Fall von ausgebildeter Tabes, bei dem er Bettlage angeordnet hatte, worauf Pat. aber nicht einging. Nachdem derselbe das Sprechzimmer verlassen hatte, erlitt er eine Femurfractur, wegen der er unter der Behandlung eines Pfuschers fast ein Jahr im Bett liegen musste. Als er dann aufstand, war er ganz frei von Ataxie. Aber auch von dem entgegengesetzten Verfahren (Anordnung von forcirten coordinirten Bewegungen) hat Redner Erfolg gesehen. (!) (Besserung des Stehens bei geschlossenen Augen.) Der faradische Pinsel hat ihm

nichts geleistet. Argent. nitric. hat R. auch mit Erfolg gegeben und zwar $^1/_4$ Gran mit allmäliger Steigung auf $^1/_2$ Gran 3 mal täglich innerhalb 3—4 Monate. Die üblen Nebenwirkungen habe er dadurch vermieden, dass er das Mittel nur 20 Tage im Monat nehmen lasse. Nach einer 10 tägigen Pause gebe er es weitere 20 Tage und sofort. In dieser Weise haben es seine Patienten bis zu 2 Jahren genommen, ohne dass Arygrie eintrat. Neuerdings habe er auch von Goldchlorid günstige Resultate gesehen.

Nach einigen entgegnenden Bemerkungen von Wallon und Webber stellt

140) **R. W. Amidon** einen Fall von *tetanoider Paralplegie* bei einem Kinde nach subacutem Hydrocephalus vor, ferner einen Fall von Paralysis agitans ohne Tremor.

Morton hat bei der beabsichtigten Dehnung des Ischiadicus denselben sklerosirt (hart, derb, guttaperchaähnlich anzufühlen) gefunden und ist deshalb der Meinung, dass die Paralysis agitans peripherischen Ursprungs sein könne, eine Bemerkung, die schon Parkinson gemacht habe.

Dana hat bei einer ähnlichen Gelegenheit den Plexus brach. gesund gefunden und hält die Beobachtung Morton's für eine Ausnahme. Die Nervendehnung habe übrigens keinen Erfolg bei seinen Fällen gehaht.

Morton führte die Nervendehnung mit einigem Nutzen aus. Was die Sklerose betrifft, so werde man sie öfter finden, wenn man mehr darauf achten werde.

Putnam berichtet über einen Fall von Westphal mit günstiger Wirkung der Dehnung.

141) **Gibney** stellt einen Fall von *progressiver Muskelatrophie* mit ausgesprochenen fibrillären Zuckungen vor, ferner einen Fall von fibrillären Zuckungen in Folge einer Schusswunde.

142) **Morton:** *Behandlung des Schreibekrampfs.* Redner empfiehlt folgenden von ihm ersonnenen Apparat: An einem den ganzen Zeigefinger bekleidenden Fingerhut ist eine stumpfe Stahlfeder befestigt. Der Fingerhut muss aus sehr leichtem elastischem Metall bestehen, der Länge nach gespalten und für jeden Finger besonders gearbeitet sein. Ein um die Finger geschlungenes elastisches Bändchen trägt zu seinem Halt bei. Die Schreibbewegungen werden bei flach ausgestreckter Hand aus der Schulter ausgeführt.

An der Discussion betheiligten sich Putnam, Webber, Walton, Dana.

143) **Seguin** *schickt eine Abhandlung über spanische Irrenanstalten ein.*

144) **G. Hammond:** *Fall von geheilter Tabes* (mit Wiederkehr des Kniephänomens) bei einem 39 j. Manne. Die Behandlung hatte in Jodkalium und Sublimat (Pat. hatte an einer längeren Reihe von Jahren ein Ulcus ohne secund. Symptome gehabt) später in Galvanisirung des Rückenmarks, dem faradischen Pinsel und dem Cauterium actuale bestanden. Nach 1 Monat merkliche Besserung. Sehstörung fast ganz

geschwunden, Blase fast normal. Electrische Behandlung danach ausgesetzt, interne Med. fortgebraucht. Nach etwa 18 Monaten völlige Heilung.

Miles hat einen Fall mit akutem Einsetzen der tabischen Symptome (erhebliche Ataxie, Fehlen des Kniephänomens etc.) bei einem Manne gesehen, der einige Zeit vorher inficirt worden war. Nach einigen Monaten völlige Heilung unter dem Gebrauch von Quecksilber Tabes will M. diesen Fall nicht nennen, vielleicht lagen ihm gumöse Processe zu Grunde.

145) **Miles** (Baltimore): Ernährungsstörungen der Hand in Folge von Druck des dislocirten Humerus-Kopfes: Deformität, Glossy- skin, Lähmung, Verlust des Tast- und Temperaturgefühls. Schmerzen in der Schulter. Allmälige Ausbildung von Deformität des 4. und 5. Fingers. Vortr. bezieht diese Störungen auf Neuritis, die also dann ohne ausgeprägte subjective Symptome verlaufen ist.

146) **Wilder** (Ithaca): *Totaler Balkenmangel bei einem Katzenhirn.* (Dem in demselben Hefte mitgetheilten Vortrage sind mehrere instructive Zeichnungen beigefügt.)

2) *Die angebliche Homologie der Fissura cruciata der Karnivoren und der Fissura centr. der Primaten.*

An der Discussion betheiligten sich Birdsall, Miles, Hammond.

147) **Morton** (New-York): *Die Behandlung der Migräne.* Die spastische Form, die häufiger als die paralytische gefunden werde behandle man am besten mit Natr. bromat. 3,5 gleich im Beginne gereicht und nach $1^1/_2$ Stunden wiederholt, wenn der Anfall nicht nachlässt. Zum Nachgebrauch den 4. Theil dieser Dosis 3 mal täglich, 3—6 Monate lang, bei Leberthran, Eisen (Blaud'schen Pillen), Malz etc. je nach der Indication. Die Fälle, die dieser Behandlung nicht wichen, sind solche die von Kindheit auf bestehen.

Amylnitrit zeigt sich bei der spastischen Form wirksam, aber nur vorübergehend. Nitroglycerin ist ihm vorzuziehen, weil es anhaltender wirkt. Es wird besser *nach* der Mahlzeit gegeben. 1 Tropfen einer 1% Lösung, 3 mal täglich, bis 4—6 Tropfen. Man verabreicht die Bromide vor und Nitroglycerin nach den Mahlzeiten bei einem und demselben Falle nicht selten mit Vortheil.

Gegen die paralytische Form ist theoretisch Strychnin indicirt, das Hauptmittel aber ist Ergotin. Eine grössere Dosis, per os oder subcutan, coupire den Anfall. Dies Mittel sei darnach continuirlich zu gebrauchen. Mit der angegebenen Behandlung kann man Caut. actuale und Electricität verbinden.

W. A. Hammond bemerkt in differentialdiagnostischer Beziehung, dass bei der paralytischen Form die Temperatur im äusseren Gehörgang gewöhnlich um 2° (F.) höher ist als auf der anderen Seite, während sie bei der spastischen Form niedriger ist als normal. Nach den Angaben der Pat. könne man sich nicht richten. Er habe einen Fall für einen paralytischen angesehen, nach der Behandlung aber Verschlimmerung bemerkt, worauf er Nitroglycerin (3 mal tägl. 1 Tropfen 1% Lösung) mit Erfolg gegeben. 2 Fälle habe er gesehen, bei denen auf der einen Seite die paralytische, auf der andern die spastische Form

vorhanden war. Eine Heilung war aber nicht zu erzielen. Strychnin halte er (bei der paralyt. Form) für wirksamer als Ergotin. Er beginne mit $^1/_{40}$ Gram und steigert die Dosis bis zu einem halben Gran (3 mal täglich).

Putnam (Boston) hat in 2 Fällen von heftigem, nicht zur Migräne gehörigen Kopfschmerz (einmal mit Albuminurie, das andere Mal mit latenter Gicht verbunden) die Anfälle mit grossen Dosen von Bromiden immer mit Erfolg bekämpft.

Corning hat in einigen Fällen gute Resultate von der Carotiden-Compression gesehen die, Wilder an sich selbst in solchem Zustande wirksam befunden hat.

Hammond ist der Meinung, dass es sich dann um die paralytische Form gehandelt hat, die spastische werde durch Compression der Carotis verschlimmert. (Eulenburg.)

Dana macht darauf aufmerksam, dass auch Störungen im Gebiete des Opticus und Trigeminus und auch psychische Alterationen bei Migräne vorkommen. Die therapeutische Einwirkung auf das Gefässsystem allein scheine ihm danach nicht genügend. Er habe im Anfall mit sehr gutem Erfolg Cannabis indica, alle 5 Minuten 1 Tropfen des flüssigen Extractes angewendet. Auch Paullinia habe sich bewährt. Natriumnitrit habe dieselbe gute Wirkung gezeigt wie Nitroclycerin. Er habe aber von jenem bei 20 Gran gefährliche und bei 5 Gran wenigstens unangenehme Wirkungen beobachtet.

Hammond hat Natriumnitrit bei Epilepsie in 20 Gran-Dosen ohne Wirkung gegeben.

Edes macht auf die eventuelle Unreinheit der Drogue aufmerksam. Mills gebraucht Natriumnitrit bei Epilepsie mit bestem Erfolge.

Es ergreifen noch das Wort Putnam, Mills, Edes, Wilder, Hammond und Morton.

148 **Birdsall** (New-York): *Statistisches über den Zusammenhang von Syphilis und Tabes.* Unter 42 Fällen von Tabes der Sequin'schen Klinik fanden sich nur 4 (9,5%) mit vorangegangener Syphilis.

Mills hat ebenfalls eine beträchtliche Zahl von Tabes ohne voraufgegangene Lues gesehen.

149) **Dana**: *Behandlung der Chorea durch Galvanisation des Gehirns.*

Mills glaubt, entgegen Dana, dass es sich nicht um directe Wirkung auf das Hirn, sondern um einen reflectorischen Act handelt. Den günstigen Erfolg bestätigt er.

Webber hat davon nichts gesehen und verlangt, dass erst einmal eine grössere Zahl von Fällen mit Galvan. allein behandelt werden.

Birdsall zieht die Arsenikbehandlung in steigenden Dosen in Verbindung mit Ruhe allen übrigen Mitteln vor.

150) **Wilder** (Ithaca): *1) Die Herausnahme und Aufbewahrung des menschlichen Gehirns. 2) Bemerkungen zur Hirnanatomie.*

151) **Walton** (Boston): *Zwei Fälle von Hysterie*, einen bei einem Manne nach einem Trauma (Hemianästhesie).

Kron (Berlin).

III. American Laryngological-Association zu New-York.

Sitzung vom 21., 22., 23. Mai 1883.

152) **Louis Elsberg** spricht über *die von Nasenerkrankungen abhängigen Reflexerscheinungen*, und sagt, dass erstere *namentlich Erkrankungen des Nervensystems* sehr häufig im Gefolge haben (Melancholie, Chorea, Epilepsie, Neuralgieen, namentl. des Trigeminus u. s. w.). Bei der Discussion macht Roe darauf aufmerksam, dass Asthma, speciell Heufieberasthma, häufig die Folge irgend einer Nasenerkrankung sei; Seiler sagt dasselbe von Chorea, Bosworth von Spasmus glottidis u. s. w. Voigt (Oeynhausen).

V. Miscellen.

153) **G. Apostoli:** Ueber die Anwendung des Lehms in der Elektrotherapie. (Bull. gén. de Therap. 30. Dec. 1883.)

Den Werth des Töpferthons zu elektrotherapeutischen Zwecken charakterisirt Verf. mit folgenden Worten: Es liefert dieses Material die Möglichkeit, eine weiche sich überall genau anschmiegende Elektrode anzufertigen, welche den elektrischen Strom vortrefflich leitet und gestattet, seine Wirkung überall zu localisiren. Der Töpferthon ist ein vollkommen neutrales, daher chemisch gänzlich wirkungsloses, überall leicht und billig zu beschaffendes, sozusagen unzerstörbares, lange befeuchtet bleibendes und leicht zu befeuchtendes Material. Hieraus zieht er folgende Schlüsse, deren Richtigkeit er durch zwei- bis dreijährige Erfahrung erprobt hat:

1) Der Töpferthon erleichtert und ergänzt gewisse elektrolytische Anwendungen mit dem positiven sowohl als dem negativen Pol, aus welchen man für die Behandlung von Geschwüren und schlechten Wundverhältnissen erheblichen Nutzen ziehen kann. Hiebei kömmt namentlich die leichte Localisation der elektrolytischen Wirkung in Betracht. Ein an der Körperoberfläche befindliches Geschwür behandelt man z. B. auf folgende Weise: Man bepinselt die Peripherie der zu kauterisirenden Fläche mit Collodium ricin., auf diese selbst bringt man eine Lage beinahe flüssigen Lehms und hierüber eine bis zu $^1/_2$ Cm. dicke Lage plastischen Thons, in deren Centrum eine metallische stromleitende Platte eingedrückt wird, welche an dem Thon adhärent bleibt. Der Strom wird an einer anderen Wahlstelle, z. B. am Schenkel, durch eine dünne und breite Thonlage geschlossen.

2) Die Thonelektrode sichert eine grössere Beständigkeit des Stroms. Die bisherige Unbeständigkeit desselben ist nämlich verursacht: *a.* durch den ungleichmässigen Druck der Elektrode auf die Haut; *b.* durch die Verschiedenheit des Befeuchtungsgrades; *c.* die schnelle Abtrocknung der Elektrode; *d.* die variable Leitungsfähigkeit der Epidermis, und endlich *e.* die Polarisation der Elektroden, des Gewebes etc. Die Lehmelektrode ist im Stande, die meisten dieser ungünsti-

gen Momente zu vermindern oder aufzuheben. Abgesehen davon, dass der Thon einen grössern specifischen Widerstand besitzt, als die mit Gemsleder überzogene und angefeuchtete Kohlenelektrode, daher mehr als diese zur Stabilität des äussern Stromes beiträgt, so besitzt sie gegenüber anderen Elektroden noch folgende Vorzüge: *a.* sie trocknet weit weniger schnell und bewahrt daher ihre Leitungsfähigkeit weit länger; *b.* sie bewirkt eine ganz gleichmässige Befeuchtung der von ihr bedeckten Hautpartie; *c.* sie schmiegt sich derselben überall und während der ganzen Dauer der elektrischen Wirkung genau und gleichmässig an; *d.* wird die Elektrode mit einem impermeabeln Stoff bedeckt der ihre Verdunstung verhindert, so ist man im Stande, sich ihrer nöthigenfalls zu einer mehrere Tage andauernden elektrischen Behandlung zu bedienen; *e.* bei Luftzutritt trocknet sie in ein bis zwei Tagen aus; sie bleibt aber immer adhärend und leitet, obwohl schwach, noch in diesem Zustand, setzt also dem elektrischen Strom niemals den absoluten Widerstand der gewöhnlichen trockenen Elektroden entgegen. Aus Obigem ergibt sich zugleich, dass

3) die Thonelektrode anhaltende Anwendung der Elektricität von längerer Zeitdauer gestattet.

4. Die Thonelektrode gestattet, die Oberfläche und Form der Elektroden nach Belieben zu variiren und wird dazu dienen, die Anwendung gewisser Galvanisationsmethoden zu verallgemeinern. Die zahlreichen Formen der bisherigen Elektroden nöthigen den Arzt zu grossen Auslagen; der Zustand der Haut muss sorgfältig überwacht, die Elektrode oft genug schon während der Dauer einer einzigen Sitzung wieder angefeuchtet werden; der Thonelektrode dagegen gibt man mit Leichtigkeit alle möglichen Formen, welche das Bedürfniss der elektrischen Behandlung erheischt.

5) Die Thonelektrode gestattet es, die Totalwirkung des elektrischen Stromes zu begrenzen und zu localisiren und in gewissen Fällen unerwünschte von seiner Diffusion oder Ableitung herrührende Wirkungen zu verhindern. Bekanntlich war es nämlicch zu elektrolytischen Zwecken bisher unmöglich, den indifferenten Pol in nächster Nähe des activen Pols zu bringen, sondern man war genöthigt, in mehr oder minder grosser Entfernung eine zur Abschwächung der localen Wirkung sehr breite Elektrode aufzusetzen. Hieraus ergaben sich die erwähnten unerwünschten Wirkungen des im Innern des Körpers die geringsten Widerstände aufsuchenden elektrischen Stromes auf veschiedene Organe. Mittelst der Tonerde ist es möglich, in nächster Nähe des activen z. B. nadelförmigen Poles eine perimetrische breite Elektrode aufzusetzen, welche an jeglicher Stelle fest und sicher von selbst adhärirt, eine bedeutende Verstärkung des Stroms gestattet, die Constanz desselben sichert und Diffusions- und Derivationswirkungen vollständig ausschliesst.

6) Aus Obigem ergibt sich zugleich, dass die Thonerde die durch elektrolytische Applicationen am indifferenten Pole entstehenden Schmerzen vermindert und die von ihr bedeckten Hautstellen vor Schorfbildung schützt. Da, wie bereits erwähnt, die Lokalwirkung der Pole

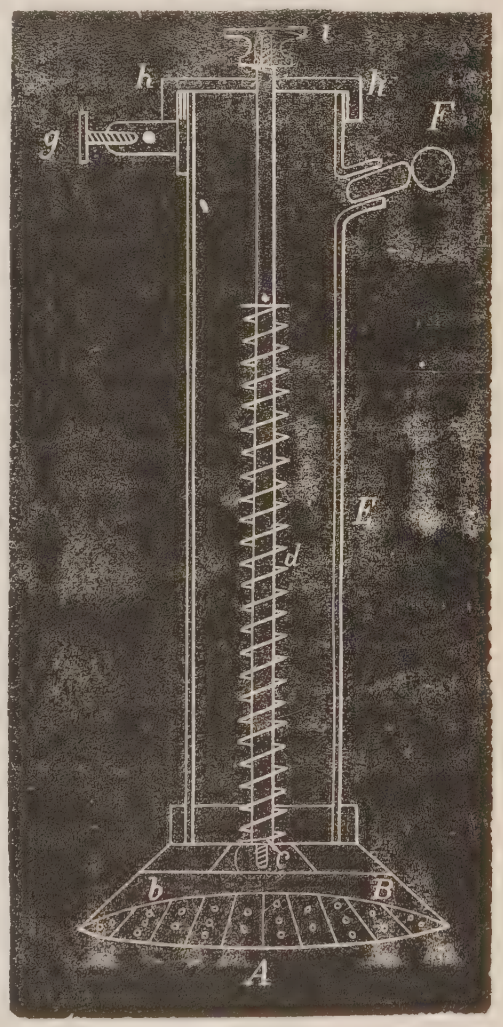
in umgekehrtem Verhältniss zur Ausdehnung der von der Elektricität durchströmten Hautoberfläche steht, so wird die Schwächung der Localwirkung namentlich auch durch die Eigenschaft des Thones, der Haut sich überall genau anzuschmiegen, resp. einen allseitigen Contact herzustellen, unterstützt, abgesehen davon, dass man die Ausdehnung seiner Application ganz nach Belieben vergrössern kann, was bekanntlich bei keiner einzigen der bisherigen Elektroden der Fall ist. Man erhält somit

7) schliesslich auch den Vortheil für die elektrolytische Applicationsmethode, dass man mehr als doppelt so starke Ströme als bisher, nämlich von einer Intensität bis zu 80 ja sogar 100 Milli-Ampères ohne die geringste Gefahr anwenden kann.

154) *Eine neue, sich selbst befeuchtende Elektrode* von Mechaniker A. Schlittler in St. Petersburg, welche vor den bis jetzt bekannten den Vorzug hat, dass das Wasser beim Neigen des Griffes nach unten ausfliessen kann und dass statt des leicht schmutzig werdenden Filzes eine fein durchlöcherte Kohlenplatte angebracht ist.

Die beiliegende Zeichnung bedarf keiner Erklärung.

A Durchlöcherte Kohlenlinse, die, verkupfert, an das Gefäss B gelöthet ist.
b Hohlraum zwischen Ventil und Kohle.
c Ventil.
d Spiralfeder, vernickelt, welche den Stift hinaufdrückt und das Ventil schliesst.
E Eine Glasröhre mit
F einer Oeffnung zum Einfüllen von Wasser mit einem Stöpsel versehen.
g Klemme für den Leitungsdraht.
h Aufgeschraubter Deckel.
i Knopf; drückt man auf ihn, so öffnet sich das Ventil.



Hinze (St. Petersburg).

VI. Tagesgeschichte.

Aus Wien. Die von Joseph II. gegründete Niederösterr. Landes-Irrenanstalt zu Wien wird am 1. April d. J. gleichzeitig mit dem allgemeinen Wiener Krankenhause, den Tag ihres *Hundertjährigen Bestehens* feierlich begehen.

VII. Neue Literatur.

26. Rondot, De l'hemiplegie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire. 34 pag. Paris, Asselin.
27. Estorc, Contrib. à l'étude de l'electro-diagnostic. Paris, Delahaye. 101 pag.
28. Larat, Notice sur les applications medicales de l'electricité. 36 pag. Paris.
29. Ollive, Des Paralysies chez les choréiques. 73 pag. Paris.
30. Kornfeld, Handbuch der gerichtlichen Medicin in Bez. zur Gesetzgebung Deutschlands und des Auslands. Stuttgart, Enke. 10 M.
31. Kühne. Die motorische Nervenendigung. Heidelberg, Winter. M. 0,40.

Thêses de Paris.

32. Reverchon, Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive.
33. Borély, Quelques considérations sur le coup de chaleur.
34. Raffegeau, Du rôle des anomalies congeniales des organes génitaux dans le dévellopement de la folie chez l'homme.
35. David, De l'aphasie hysterique.
36. Gros, Etude sur le gôitre exophthalmique.
37. Dubois, De la névralgie sciatique dans la syphilis.
38. Atelmy, Contr. à l'étude des troubles nerveux dans les entorses en particulier des atrophies et des paralysies musculaires.
39. Chantemesse, Etude sur la meningite tuberculeuse.

VIII. Personalien.

Offene Stellen. 1) St. Gilgenberg bei Bayreuth (Privat-Irren-Anstalt von Dr. Falco), II. Arzt, 1. Mai, 2000—2400 M. 2) Dalldorf bei Berlin, Volontairarzt, sofort, 600 M., freie Station. 3) Stephansfeld, Assistenzarzt, 900 M., fr. Stat. 4) Obernigk bei Breslau (Priv.- Irr.-Anst. von Dr. Kleudgen), Assistenzarzt. 5) Eichberg (Nassau), 3. Hilfsarzt, 900 M. (Anfangsgehalt fr. Stat. 6) Leubus (Schlesien), Volontairarzt, M. 1050, fr. Stat. 7) Saargemünd, a) Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. b) II. Assistenzarzt, 10. März, 1000 M. Anfangsgehalt, fr. Stat. 8) Schwetz, Assistenzarzt, 1. Mai, 1500 M. fr. Stat. 9) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg) i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Gummersbach (Köln), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Ehrenbezeugung. Hofrath Dr. Flamm in Pfullingen: Friedrichsorden, Ritterkreuz I. Cl.

Todesfälle. Dr. Alexander Frese, Prof. der Psychiatrie und Director der Central-Irren-Anstalt in Petersburg. Dr. Dissmann in Ründeroth, Physicus des Kreises Gummersbach.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **15. März 1884.** **Nro. 6.**

INHALT.

I. Originalien. C. Reinhard: Der Hypochondrienreflex.

II. Referate und Kritiken. Asp: Entwickelung der Nervenendapparate. Zuckerkandl: Beiträge zur Anatomie des menschlichen Körpers. Mendelssohn: Beitrag zur Frage nach der direkten Erregbarkeit der Vorderstränge des Rückenmarks. Greiff: Zur Lokalisation der Hemichorea. Berger: Ueber Pseudohypertrophie der Muskeln. Müller: Ein Fall von multipler Neuritis. Walton: Möglicher Ursprung des gewöhnlich unter Railway spine verstandenen Symptomen-Complexes aus Gehirnläsionen. Amidon: Beitrag zu den Studien der Parkinson'schen Krankheit — anomale Fälle ohne Tremor. Freeman: Fälle von Sonnenstich mit hohen Temperaturen. Jaroschewski: Ueber die Abhängigkeit des Knie-Sehnenreflexes von der Hautempfindlichkeit der Kniegegend. Dujardin-Beaumetz: Ueber die Behandlung des Alkoholismus mit Strychnin. Bottey: 18 Tage andauernder Stuhlverstopfung durch electrische Behandlung beseitigt. Trussewitsch: Das Glonoin bei Angina pectoris. Pusinelli: Gerbsaures Cannabin als Hypnoticum. Silvio: Die spinalen Störungen bei pellagrössen Geisteskranken. Bellangé: Irresein in Folge von Lues cerebralis. Ball: Die Grenzen des Irreseins. Régis: Interessanter Fall von Pseudoparalysis alcoholica. Johnstone: Basedow'sche Krankheit mit Manie. Cowan: Paralysis bei einer Frau. Manley: Case resembling General Paralysis — Meningitis followed by Effusion of Lymph and Pus into the Arachnoid Sac. Adam: Melancholie mit Stupor und Katalepsie. Mickle: Viscerale Syphilis bei Geisteskranken ohne cerebrale syphilitische Veränderungen. Savage: Pachymeningitis bei Paralyse mit gewöhnlichen, mit zweifelhaften und mit deutlichen Symptomen. Crothers: Ein Fall von Trunksucht mit verbrecherischen Trieben. v Krafft-Ebing: Mord eines Gymnasialschülers an seinem Lehrer. v. Krafft-Ebing: Eine Mörderin ihrer fünf Kinder.

III. Aus den Vereinen. I. Neurological Society zu New-York. II. Academie des Sciences zu Paris.

IV. Tagesgeschichte. Zur Frage der Erweiterung der staatlichen Irren-Fürsorge in Baden.

V. Personalien.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das II. Quartal 1884 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Originalien.

Der Hypochondrienreflex.

Vorläufige Mittheilung von Dr. C. REINHARD,
2. Arzt der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.

Mit der Fertigstellung einer grösseren Arbeit über die Haut-, Sehnen-, Knochen- (resp. Periost-) und Muskel- (resp. Fascien-) Reflexe oder Phänomene beschäftigt, glaube ich schon jetzt, in Form einer vorläufigen Mittheilung, die Aufmerksamkeit auf ein Phänomen lenken zu sollen, dessen Beachtung und Beschreibung ich bis dato vermisse, trotzdem dasselbe entschieden eine Erörterung verdient.

Wie schon der von mir gewählte Name bekundet, erhält man dasselbe, wenn man mit den Spitzen der aneinander gelegten Finger, am besten bei nach oben gerichteter Hohlhand in der Gegend der Mamillarlinie oder an irgend einer Stelle zwischen dieser und der Axillarlinie in der Richtung von vorn-unten nach hinten-oben rasch und elastisch die Bauchwand nach innen unter den freien Rippenrand drängt. Hierbei erfolgt ein sehr promptes und ziemlich energisches Beugen des Rumpfes nach der gereizten Seite und etwas nach vorn sowie eine mehr weniger deutliche reflektorische (krampfhafte) Inspiration. Der Untersuchende fühlt dabei, wie die gewaltsam nach innen gedrängten Bauchdecken sich energisch contrahiren und die Finger nach aussen zurückschnellen; speziell ist das reflektorische Herabsteigen des Zwergfells nicht selten deutlich mit den Fingerspitzen wahr zu nehmen.

Bei mittlerer Stärke dieses Phänomens betheiligen sich an dem Zustandekommen desselben, soweit sich beurtheilen lässt, in erster Linie der M. obliqu. ext., der M. obliqu. int. und die Zwergfellmuskulatur, in geringerem Grade auch der M. transv. und rect. der entsprechenden Seite. Bei gesteigerter Reflexerregbarkeit kommt es wahrscheinlich auch zu einer Mitbetheiligung des M. quadrat. lumbor., des M. serrat. antic. und des M. latissim. dorsi. Eine schmerzhafte Empfindung wird durch den Reflex nicht hervorgerufen, ebensowenig ein Kitzelgefühl. Bei Individuen mit empfindlicher (kitzlicher) Haut wird die Täuschung, als handle es sich um einen Kitzelreflex (Fluchtbewegung) sehr leicht dadurch vermieden, dass man die Finger erst eine Weile ruhig anlegt, ehe man die das Phänomen auslösende rasche Druckbewegung ausführt.

Schon die grössere Schnelligkeit des Eintritts (geringere Latenzzeit) sowie die promptere und energischere Weise seines Ablaufes unterscheiden diesen Reflex von dem sogenannten Bauchdeckenreflex der Autoren, der bekanntlich zu den Hautreflexen gehört, durch ein leises Streichen mit dem Finger hervorgerufen wird und in einer dem Verlaufe der Berührung folgenden relativ langsamen wellenförmigen Muskelcontraktion besteht. Aber auch noch andere Kriterien unterscheiden den Hypochondrienreflex von Bauchdeckenreflex, so z. B. der Umstand, dass der erstere auch im Schlafe persistirt, dass er sich in der Narkose anders verhält, dass er auch durch die Kleidung hindurch zu

erzeugen ist, dass er vorhanden sein kann, auch wenn der Bauchdeckenreflex fehlt, ferner sein Verhalten in den epileptischen und paralytischen Anfällen u. A. m.

Ich bin desshalb geneigt denselben zu den Sehnen- oder doch wenigstens zu den Muskel- resp. Fascien-Reflexen zu rechnen. Am meisten Aehnlichkeit scheint er mir mit dem Dorsalclonus zu haben, bei welchem ebenfalls auf ausgiebige Dehnung einer Sehne eine Contraktion der zugehörigen Muskulatur erfolgt (hier allerdings gewöhnlich mehrfach) und es sich ja auch um die gemeinschaftliche Aktion einer zusammengehörigen Muskelgruppe handelt. Dass die Bedeutung beider Phänomene nicht ganz die nämliche ist kann hier nicht weiter erörtert werden.

Auch abgesehen von dem Dorsalclonus bietet der Hypochondrienreflex mit den Sehnenreflexen im Allgemeinen mancherlei Analogien, deren Aufzählung hier zu weit führen würde.

Was das Vorkommen dieses Reflexes resp. Phänomens betrifft, so wird derselbe bei gesunden Individuen constant gefunden. Natürlich gelten in Bezug auf seine Stärke gewisse physiologische Schwankungen wie bei allen übrigen Reflexen.

Von Interesse dürfte es sein, dass der Hypochondrienreflex bei einer bestimmten Ausdehnung des tabischen Kranheitsprocesses zu fehlen scheint, auch sonst bietet derselbe mancherlei Momente, die eine Verwerthung desselben in semiotischer Hinsicht wahrscheinlich machen. Alles Nähere über denselben behalte ich mir indess für die oben angekündigte Arbeit vor. Bemerken will ich nur noch, dass diejenigen Herrn Collegen, denen ich diesen Reflex bis jetzt demonstrirt habe, u. A. Herr Dr. Kortum und Herr Dr. Petersen an hiesiger Anstalt sowie Herr Dr. Thomsen an der Charité zu Berlin, meiner Ansicht über die Natur und Bedeutung desselben in allen Hauptpunkten beipflichten.

Hamburg, im Februar 1884.

II. Referate und Kritiken.

155) **G. Asp** (Helsingfors): Bidrag till lärau om nervändorganens utveekling. (Nordiskt med. Arkiv 1883. H. 4.)

Verf. findet in Uebereinstimmung mit allen Forschern ausser W. Krause, dass die erste Anlage der Nervenendapparate in die letzte Zeit des Embryonallebens fällt, dass die Entwickelung derselben rasch fortschreitet aber doch erst im postembryonalen Leben abgeschlossen wird. Das bezieht sich sowohl auf die Pacini'schen Körper im Mesenterium und Mesocolon der Katze, wie auf die Key-Retzius'schen und Grandry'schen im Entenschnabel, sowie die Meissner'schen an der Palmarseite der Finger bei neugeborenen Kindern. Ferner bestätigt er, dass die Endorgane schon angelegt sind und zum Theil schon entwickelt ehe Nerven zu denselben treten. Was den Bau der fertigen Endorgane anlangt, so findet er, dass die Nerven mit ihren

Endverzweigungen in die Zellen eintreten, welche die Grandry'schen Körper bilden und bildet einen solchen Körper ab, in welchem der Nerv zum Kern dieser Zelle tritt. Buch (Helsingfors).

---

156) **E. Zuckerkandl:** Beiträge zur Anatomie des menschlichen Körpers. (Wien. med. Jahrbuch 1883. 3. 4. H.)

Wenn es richtig ist, dass zwischen der Form der Hirnschale und der Richtung der Gehirnwindungen gewisse Beziehungen bestehen, und zwar in sofern, als die Windungen am dolichocephalen Gehirn eine mehr sagittale, am brachycephalen eine mehr frontale Verlaufsrichtung einhalten, so müssen auch solche äusseren Einflüsse, wie frühzeitig acquirirte Nahtsynostosen oder Druck des Uterus auf den foetalen Schädel die Richtung der Grosshirnwindungen beeinflussen. 6 Gehirne von synostotischen Schädeln, und eines von einem Falle, in welchem die Frucht durch den Uterus stark gedrückt wurde, lieferten den Beweis, dass obiger Schluss zutrifft. Man kann sogar leicht nachweisen, dass auch unter normalen Verhältnissen der Einfluss der Nähte auf die Windungsform sich geltend macht. — So sind beispielsweise die Frontalwindungen in ihrem hinteren Theile, welcher im Bereiche der Coronalnaht liegt, breit und gestreckt, während vorne und unten am Stirnbeine, da wo keine Naht dem Gehirne das Wachsthum in die Länge bequem macht, die sich verlängernden Windungen genöthigt sind sich mehr zu concentriren, sich aneinander zu pressen; aus diesem Grunde sehen wir auch am vorderen Theile des Gehirns reichliche geschlängelte und durch Querbrücken zusammenhängende Gyri.

In einem anderen Abschnitte dieser Arbeit werden die normalen Verhältnisse der unteren Stirnwindung namentlich ihre Varietäten eingehend erörtert und im Anschlusse daran eine Reihe von Gehirnen mit Defecten an der Sprachwindung (meist von Cretinen) vorgeführt. Besonderes Interesse erweckt das Gehirn einer Dienstmagd, an dessen linker Hemisphäre der grösste Theil der unteren Stirnwindung (mit Ausnahme des orbitalen Theiles) und etwa das untere Drittel der Centralwindungen (besonders der vorderen) fehlte, sodass die ebenfalls verkleinerte Insel frei zu Tage lag. Auch der gesammte Schläfenlappen, im besonders hohen Grade aber die obere Schläfenwindung, waren in der Entwicklung zurückgeblieben.

Da angenommen werden muss, dass die Trägerin dieses defecten Gehirnes sprechen konnte, um als Dienstmagd beschäftigt zu werden, so ist die Meinung gerechtfertigt, dass diese Person rechtshirnig gewesen sei. Obersteiner (Wien).

---

157) **M. Mendelssohn** (St. Petersburg): Beitrag zur Frage nach der direkten Erregbarkeit der Vorderstränge des Rückenmarks. (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1883. Separatabdruck.)

Die van Deen'sche Anschauung von der Unerregbarkeit der Vorderstränge des Rückenmarks wurde stark erschüttert durch die Versuche Fick's. Verf. versuchte nun durch zwei weitere Versuchsreihen die Frage zur Lösung zu bringen.

Die erstere bildete eine Wiederholung der Fick'schen Versuche. Die Versuche bestanden in Folgendem. Wenn an dem vom Gehirn getrennten Rückenmarke durch elektrische Reizung gewisser Stellen der Vorderhörner Bewegungen der Extremitäten erzielt wurden, so blieben diese bei Reizung derselben Stelle aus, wenn die vorderen Wurzeln abgeschnitten und nur mechanisch wieder vereinigt wurden, ebenso blieben sie aus, wenn bei erhaltenen Wurzeln die Hinterstränge entfernt waren, so dass demnach der Einfluss von Stromschleifen sowohl auf die vorderen Wurzeln als auch reflectorische Reizung derselben durch zu den Hintersträngen gelangende Stromschleifen ausgeschlossen waren. Diese Versuchsresultate waren vollkommen identisch mit denen von Fick. Die zweite Versuchsreihe bestand darin, dass die Reactionszeit bei Reizung der Vorder- und Hinterstränge gemessen und verglichen wurde. Es zeigte sich nun im letzteren Falle die Reactionszeit länger und zwar entsprach der Unterschied, 0,01—0,025 Secunden gerade der, welche Rosenthal bei Messung der Reflexzeit als Dauer der Leitung quer durch das Rückenmark gefunden. Verf. nimmt also die directe Erregbarkeit der Vorderhörner als bewiesen an und in der That sind besonders die wiedergegebenen Myographioncurven sehr überzeugend. Buch (Helsingfors).

---

158) **F. Greiff** (Heidelberg): Zur Lokalisation der Hemichorea.
(Arch. f. Psych u. Nervenkr. XIV. 3. p 598)

1. *Posthemiplegische Chorea:* Bei einer 74 Jahre alten an hochgradiger Atheromatose der Gefässe leidenden Frau waren nach früheren apoplectischen Anfällen Demenz und *linksseitige* Parese zurückgeblieben; ohne dass ein neuer Anfall bemerkt worden wäre, bestanden eines Morgens exquisit choreiforme Bewegungen der Extremitäten *linkerseits*, besonders im Arm; daneben Hyperästhesie und schmerzhafte Sensationen. Die Erscheinungen bestanden ziemlich unverändert bis zu dem 2 Monate später erfolgenden Exitus letalis. — Die Autopsie ergab Herde im Kleinhirn (links), an der Basis des Occipitallappens und im *Thalamus opticus rechterseits.* Von dem lerzteren aus drangen Fortsätze in den Hirnschenkelfuss ein. Verf. nimmt diesen Herd zur Erklärung der Hemichorea in Anspruch, indem er deducirt, dass der Thalamusherd auf die im Pes pedunculi verlaufende Pyramidenbahn eingewirkt habe. Es stimmt damit die von Kahler und Pick vertretene Ansicht überein, wonach Hemichorea in Folge Reizung der Pyramidenfaserung durch einen benachbarten Herd entsteht In dem vorliegenden Falle diente als Stütze der Beweisführung, dass die linke Pyramidenbahn in Pons und Medulla, sowie weiter unten der rechte Hinterseitenstrang geringgradige Degeneration aufwiesen. —

2. *Hemichorea nach einem paretischen Anfall:* Dieselbe trat auf bei einer 52 jährigen Frau, bestand hauptsächlich in exquisit choreatischen Bewegungen des *linken* Arms und hielt 4 Tage an. Zugleich wurde auf der afficirten Seite Parese, Herabsetzung der Sensibilität und Hemianopsie constatirt. Es wurde mit Rücksicht auf den ganzen

Verlauf eine Schädigung der Hirnrinde vermuthet. In der That fand sich in der Rinde der *rechten* Hemisphäre hochgradige Gefässveränderung und unzweifelhafte Beeinträchtigung der nervösen Bestandtheile und zwar hauptsächlich in den *Centralwindungen* und dem *Paracentralläppchen*, während die Durchforschung der grossen Ganglien etc. nichts Auffälliges ergab. Es schien also die Entstehung der Hemichorea durch die Rindenaffection sichergestellt — bis sich bei genauer microscopischer Untersuchung im Pons ein circumscripter Erweichungsherd fand und zwar in unmittelbarer Nähe der rechten Pyramidenbahn. — Wenn auch Verf. mit Recht nach der ganzen Sachlage der Ansicht ist, dass die Rindenaffection als wahrscheinlicheres ursächliches Moment betrachtet werden muss, so war doch eine absolute Entscheidung unmöglich. „Jedenfalls" — schliesst Verf. — „unterstützt auch diese Beobachtung die von Kahler und Pick aufgestellte Ansicht. Denn betrachtet man den Ponsherd als Ursache der Hemichorea, oder die Affection der Hirnrinde, in beiden Fällen hat man eine Reizung der Pyramidenbahn anzunehmen, das eine Mal während ihres Verlaufes durch den Pons, das andere Mal nach ihrer Endausstrahlung in der motorischen Zone der Hirnrinde." —

Langreuter (Dalldorf).

---

159) **O. Berger** (Breslau): Ueber Pseudohypertrophie der Muskeln. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIV. 3. p. 625.)

Von den mitgetheilten 2 Fällen ist folgender besonders bemerkenswerth.

1. Das Leiden begann bei einem Knaben im Alter von 6 Jahren (dessen Grossvater einem chronischen Rückenmarksleiden erlegen war), und zwar wurde zuerst eine bedeutende Volumszunahme der Wadenmuskulatur bemerkt. Bedeutende Verschlimmerung nach einer Erkrankung an *Masern*. Vorübergehend epileptische Anfälle. Tod im 16. Lebensjahre. — Bei der Section fand sich, dass *fast das gesammte Muskelsystem* von dem pathologischen Prozess ergriffen war, auch die Gesichts-, Augen-, Kehlkopf-, Zungen-, Herz-Muskulatur. Die Veränderungen — bestehend in intrafibrillärer Fettwucherung, waren in den verschiedensten Stadien vorhanden. Einige Muskeln waren blassgelb, andere zeigten fast vollkommen das Aussehen des Fettgewebes. Das *Rückenmark* bot *keine Spur* von pathologischer Veränderung. Verf. stimmt mit denjenigen überein, die die *Pseudohypertrophie* der Muskeln für eine *primäre Myopathie* halten; und zwar glaubt er, dass sie auf *congenitaler Krankheitsanlage* beruhe. Die Muskelfibrillen selbst erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als durchweg unverändert. Berger erklärt sich für die Charcot'sche Hypothese, dass nämlich eine interstitielle *Bindegewebswucherung*, die die Muskelfasern zur Druckatrophie bringt, der *Fettgewebswucherung vorangeht*. In dem vorliegenden Falle wurde dies durch anatomische Untersuchung an demselben Muskel wiederholt (während des Lebens des Patienten) zu verschiedenen Zeiten direct bewiesen.

2. In dem 2. mitgetheilten Falle — 15 jähriger Knabe, erkrankt im 4. Lebensjahre nach *Masern*, noch am Leben — ist die starke *hereditäre Belastung* des Patienten bemerkenswerth, die sich durch mehrere Generationen verfolgen liess. Unter anderen litt eine Schwester an spinaler Kinderlähmung. Langreuter (Dalldorf).

---

160) **F. C. Müller** (Strassburg): Ein Fall von multipler Neuritis. (Arch. f. Psych. und Nervenkr. XIV. 3. p. 669.)

Eine 60jährige, dem Trunk ergebene Frau erkrankte an subacutem *Gelenkrheumatismus*. *Im Gefolge desselben* trat eine Erschwerung der willkürlichen Bewegungen und *Schlaffheit* fast sämmmtlicher *Körpermuskeln* ein, die sich bei den Extensoren und Flexoren der Hand und der Finger, Quadriceps crural., Peronei und Tibialis anticus beiderseits, allmälig zu nahezu vollkommener *Lähmung* mit folgender *Atrophie* steigerte. Zu gleicher Zeit trat eine *Psychose* in Form der agitirten Altersdemenz auf. — Tod nach ca. 4 Monaten an *Tuberkulose*. — Bei der Section wurden Rückenmark und Medulla oblong. völlig frei gefunden. Dagegen fanden sich die motorischen Nerven der (microscopisch wenig veränderten) atrophischen Muskeln im Zustande der parenchymatösen Degeneration. Die Veränderung war in den intramuskulären Nervenästen am hochgradigsten und nahm in den grossen Stämmen centralwärts allmählig ab, so zwar, dass in den vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln keine degenerirte Fasern mehr zu entdecken waren. — Verf. macht auf die Aetiologie seines Falles (Gelenkrheumatismus) sowie auf die — auch von Anderen beobachteten — Complicationen (Psychose und Tuberculose) aufmerksam. — Langreuter (Dalldorf).

---

161) **L. Walton** (Boston): Possible cerebral origin of the symptoms usually classed under „Railway spine“. (Möglicher Ursprung des gewöhnlich unter „Railway spine“ verstandenen Symptomen-Complexes aus Gehirnläsionen.) (Separatabdr. aus dem Boston Med. and Surgic. Journ. 1883.)

Verf. führt verschiedene Gründe dafür an, dass der unter dem Namen „Rückenmarkserschütterung und Railway spine“ bekannte Symptomencomplax oft weniger auf einer Erkrankung des Rückenmark's, als des Gehirns beruhe: einmal sei die Struktur des Gehirns viel feiner, als die des Rk's., daher durch Erschütterungen des Körpers leichter verletzbar, und dann sei das Gehirn in Folge seiner Lage und Umgebungen weit mehr zu Erschütterungen u. s. w. prädisponirt, als das günstiger situirte Rk.; auch zeigten die nach Eisenbahnunfällen u. s. w. gewöhnlich entstehende nervöse Reizbarkeit, gesteigerte Erregbarkeit, Depressionszutände an, dass Störungen im Gehirn selbst vorhanden seien. Verf. verlangt daher, dass die betreffenden Kranken vor Allem auf Hirnstörungen zu untersuchen seien. Er selbst führt Fälle an, in denen z. B. nach einem Falle von der Maschine auf die Seite eine genaue Untersuchung die characteristischen Symptome hysterischer, (functioneller weil nach Anwendung des Magneten temporär

verschwindender) Hemiparese und Hemianästhesie neben geistigen Erregungs- und Depressionszuständen ergab; gerade auf diese sei daher künftig vorzugsweise zu achten, weshalb Verf. etwas näher auf deren Diagnose eingeht und dabei die ausführliche Krankengeschichte eines Mannes gibt, der neben hyster. Hemianästhesie gewisse organische Veränderungen des n. opticus (Atrophie) und des Gehörorgans (Ruptur beider Trommelfelle, eitrige Otitis intern. etc.) zeigte: Verf. will diese sämmtlichen Erscheinungen auf Hirnerschütterung in Folge von Explosion einer Bombe beziehen. Voigt (Oeynhausen).

---

162) **W. Amidon** (New-York): A contribution to the study of Parkinson's disease — anomalous cases without tremor. (Beitrag zu den Studien der Parkinson'schen Krankheit — anomale Fälle ohne Tremor.) (The med. Record 24. Novbr. 1883.)

Verf. will mit Charcot die unter dem Namen paralysis agitans bekannte Erkrankung lieber die Parkinson'sche nennen, da die Lähmung erst spät auftrete u. s. w. Nachdem er die typischen Symptome derselben kurz angeführt, erzählt er ausser 2 bekannten von Charcot und Buzzard beschriebenen Fällen sogenannter „forme fruste der paral. agit. 4 Fälle eigener Beobachtung, in denen die Diagnose auf paral. agit. zweifellos war, obgleich der charakteristische Tremor fehlte. Voigt (Oeynhausen).

---

163) **Alphons Freeman** (Presbyterian hospital, New-York): Case of insolation with high temperatures. (Fälle von Sonnenstich mit hohen Temperaturen.) (The medic. Rec. 24. Novbr. 1883.)

Fr. gibt die Krankengeschichte von 3 an Sonnenstisch Erkrankten; der 1. kam bewusstlos und bleich mit einer Rectaltemperatur von 45,2° C., unzählbarem Pulse, 28 Resp. in's Hospital; durch Eis auf den Kopf, Begiessungen des Körpers mit Eiswasser u. s. w., subcutanem Gebrauch von Whiskey sank die Temperatur innerhalb 2 Stunden auf auf 37,5° C., doch fingen klonische und tonische Krämpfe an, die Temperatur stieg wieder auf 41,1° C. und der Kranke starb nach etwa 4 Stunden cyanotisch. Die Section ergab intensive Congestionirung der Lungen, mässigere der Nieren, der Hirn- und Rückenmarkshäute und des Hirns, anämische Stellen in der Leber. In dem 2. Falle war die höchste Rectaltemperatur 43,1° C. (Puls 166, schwach, Respir. 36), im 3. 43° C. (Puls 128 voll und weich, Resp. 28, stertorös): beide Kranken genasen unter einer ähnlichen Behandlung, wie die im ersten Falle angeführte. Voigt (Oeynhausen).

---

164) **S. O. Jaroschewski**: Ueber die Abhängigkeit des Knie-Sehnenreflexes von der Hautempfindlichkeit der Kniegegend. (Wratsch 1884. Nro. 3. russisch.)

Verf. hat 300 vollständig gesunde Recruten (leider ohne Angabe der Nationalität) wie es scheint mit aller Sorgfalt auf Kniereflexe untersucht und fand Abwesenheit derselben an beiden Beinen

bei 7 Mann (2,14%), Fehlen des Reflexes am rechten Bein allein in 4 Fällen (1,3%), am linken allein in 3 Fällen (1%).

Die Untersuchung mit dem Weber'schen Zirkel ergab nun, dass die Stärke des Sehnenreflexes in direktem Verhältniss stand zur Feinheit des Ortssinnes. (Leider aber sind hier gerade schwere Fehlerquellen zu erkennen. Einmal ist nicht angegeben, ob oder wann der Zirkel in der Längs- oder Querrichtung aufgesetzt ist und ferner ist die Hautempfindlichkeit immer *nach* der Untersuchung auf Reflexe vorgenommen. Durch diesen Hautreiz wird aber der Ortssinn herabgesetzt.*) Je schwächer nun der Sehnenreflex ist, desto mehr klopft der Untersucher und desto stärker wird die Hautsensibilität herabgesetzt. Das direkte Verhältniss von Reflex und Sensibilität ist hier also Kunstwerk. Ref.) Buch (Helsingfors).

---

165) **Dujardin-Beaumetz:** Du traitement de l'alcoolisme par la strychnine. (Ueber die Behandlung des Alkoholismus mit Strychnin.) (Bull. gén. de thérap. Jan. 1884.)

Wenn schon Magnus Huss die günstige Wirkung des Strychnin bei manchen Erscheinungen der Alkoholintoxication kannte, so ist dasselbe doch erst durch Luton gegen alle Perioden des Alkoholismus, besonders gegen das Delirium tremens, empfohlen worden. Gegen letzteres verabfolgte er 2—3 × täglich Strychnin sulf. in subcut. Injection oder innerlich 0,03 in refracta dosi. Von andern Präparaten wandte er Extr. Nucum vomicarum 0,2 oder Tinctura Strychni 8,0 innerhalb 24 Stunden an. Luton geht sogar so weit, dass er das Strychnin als ein Präventivmittel ansieht und die Forderung stellt, dass allen alkoholischen Getränken eine geringe Quantität Strychnin beigemengt werde. Dafür verlangt er directe staatliche Autorisation.

Nach den von Amagat an Kaninchen angestellten Versuchen ist der zwischen Alkohol und Strychnin bestehende Antagonismus gleichfalls zweifellos erwiesen. — Seine eigenen diesbezüglichen Untersuchungen und Erfahrungen haben den Verf. zu der Ueberzeugung geführt, dass das Strychnin in der That das beste Mittel zur Bekämpfung der nervösen Manifestation des Alkohols, der Trunkenheit und des Delirium tremens ist. Dasselbe verhütet die Berauschung und wirkt dem acuten Delirium der Säufer entgegen, aber es vermag nichts zu leisten gegen die Alterationen der inneren Organe (Leberaffection, Meningealerkrankung, Arterienatherom u. s. w.), welche in Folge der local irritirenden Wirkung des Alkohol entstanden sind.

Rabow (Berlin).

---

166) **Bottey:** Note sur un cas d'obstruction intestinale datant de 18 jours et levée par l'électricité. (18 Tage andauernde Stuhlverstopfung durch electrische Behandlung beseitigt.) (Le Progrès méd. Nro. 3. 1884.)

Bei einer 77jährigen, bisher ganz gesunden Frau hatte sich eine auffallend hartnäckige Stuhlverstopfung eingestellt. Als auch auf die

*) Vergl. z. B. das Referat: Qualitative Analyse der Hautsensibilität. (Dieses Centralbl.)

energischsten Mittel keine Leibesöffnung erfolgte und zu einem intensiven Meteorismus auch noch Erbrechen von Kothmassen und hochgradiger Kräfteverfall hinzugetreten war, beschloss man am 18. Tage des Bestehens der Obstruction auf operativem Wege vorzugehen. Die wiederholt vorgenommene Untersuchung liess bezüglich der Diagnose keinen Zweifel. Es handelte sich um Verschluss des Darms durch Anhäufung von Faecalmassen im Rectum und S. Romanum. — Vor Anlegung eines Anus praeternaturalis gedachte man indess noch mit der Electricität einen Versuch zu machen. Die eine Electrode (in Gestalt eines weibl. Katheters) eines Inductionsapparates wurde in das Rectum eingeführt, während die andere (mit einem Schwämmchen) 15 Minuten lang mit den verschiedenen Theilen des Abdomen in Berührung gebracht wurde. An dem darauf folgenden Tage noch immer keine Evacuation, aber ziemlich lebhafte kolikartige Schmerzen und sichtbare Volumsabnahme des meteoristisch aufgetriebenen Leibes. Es wurde nun noch einmal in derselben Weise vorgegangen. Man konnte deutliche Contractionen der Bauchmuskeln sehen, musste aber der lebhaften Schmerzen wegen schon nach 12 Minuten das Electrisiren einstellen. Am folgenden Morgen (also am 19. Tage der Krankheit) stellten sich reichliche Stuhlentleerungen ein, welche anfänglich harte und feste, dann weiche und flüssige Beschaffenheit zeigten. Patientin erholte sich nun schnell und konnte schon nach 2 Tagen das Bett verlassen.

Die Faradisation wird gerade in denjenigen Fällen, in denen die Obstruction durch Anhäufung von Kothmassen in den untern Partien des Darms entstanden ist, mit Erfolg Anwendung finden. Unter diesen Umständen muss mehr auf die Abdominalmuskeln als auf den Darm selbst gewirkt werden. Dieser Indication wird aber am besten entsprochen durch den inducirten Strom, der prompt und intensiv auf die quergestreiften Muskeln wirkt.

In den andern Fällen von Darmverschluss (Volvolus, Ileus, Incarceration u. s. w.), wo in erster Linie auf den Darm selbst eingewirkt werden muss, wo die glatten Muskelfasern in Betracht kommen, dürfte die Anwendung des constanten Stromes am Platze sein.

Rabow (Berlin).

---

167) **J. I. Trussewitsch** (St. Petersburg): Das Glonoin bei Angina pectoris. (Jeshenedeln. Klinisch. Gazeta 11. u. 18. Sept. 1883.)

Verf. lobt ungemein die wohlthätige Wirkung des Glonoin oder Nitroglycerin bei Angina pectoris; letztere war in allen seinen Fällen Symptom schwerer Herzleiden. Er benützt das Mittel in der Form der Field'schen Tropfen, 1—2 Tropfen im Anfalle oder bei Annäherung desselben oder aber auch zur Verhütung desselben 3—4 Mal täglich.

Buch (Helsingfors).

---

168) **Pusinelli** (Dresden): Gerbsaures Cannabin als Hypnoticum. (Berl. kl. W. 1884. Nro. 1.)

Obiges Präparat — aus dem indischen Hanf dargestellt, wurde

zuerst von Fronmüller in Fürth auf seine hypnotischen Eigenschaften geprüft. Pusinelli hat die Versuche wieder aufgenommen, gelangte aber nicht zu so günstigem Resultate. Das Mittel wurde in Dosen von 0.3—1.5 63× verwendet und zwar 34 mal (d. i. 54%) mit befriedigendem Erfolge. Von störenden Nebenerscheinungen werden erwähnt: Eingenommensein im Kopfe, leichtes Schwindelgefühl, zuweilen Trockenheit im Halse und Erbrechen. Dauernde Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens fand nicht statt. Eine Gewöhnung an das Mittel (im Sinne einer abgeschwächten Wirksamkeit) trat erst nach wochenlangem Gebrauche ein. — Verf. bezeichnet schliesslich das Mittel als ein „*mildes Hypnoticum*," das bei rein nervöser, habitueller und neurasthenischer Schlaflosigkeit, ferner bei Schlaflosigkeit während chronischer schmerzhafter Leiden mit langdauernder Bettruhe — mit Erfolg angewendet wird. Langreuter (Dalldorf).

---

169) **Tonnini Silvio** (Imola): I disturbi spinali nei pazzi pellagrosi. (Die spinalen Störungen bei pellagrösen Geisteskranken.) (Riv. sperim. di fren. 1883—1884.)

Eine grosse Anzahl von pellagrösen Geisteskranken diente als Material zu den vorliegenden ausgedehnten und sorgfältigen Untersuchungen, deren Resultate wahrscheinlich mit nur geringen Variationen auch auf die nicht geistesgestörten Pellagrösen Anwendung finden dürften. Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende:

1. *Sensibilität.* Die tactile, thermische und die Schmerzempfindlichkeit sind häufig, namentlich in dem letzten Stadium der Krankheit, und zwar hauptsächlich an den unteren Extremitäten herabgesetzt. In den ersteren Stadien treten oft Ameisenlaufen, Pruritus, Constrictionsgefühl auf, späterhin Kältegefühl. Auch neuralgische Schmerzen, Gürtelgefühl werden beobachtet.

2. *Reflexerregbarkeit.* Die Hautreflexe pflegen besonders im letzten Stadium herabgesetzt zu sein, hingegen findet man häufig, und zwar auch schon bei leichteren Fällen, eine pathologische Steigerung der Sehnenreflexe, wodurch die Pellagra sich wesentlich vom Ergotismus unterscheidet.

3. *Motilität.* Paresen und Paralysen sind namentlich an den unteren Extremitäten häufig oft mit Contractur der paretischen Muskeln (vorzüglich der Beuger) verbunden. Incoordinationserscheinungen werden ebenfalls beobachtet. Die faradische Muskelerregbarkeit ist nicht selten herabgesetzt.

4. *Vasomotorische Störungen.* Dieselben äusseren sich in der Regel als Krampf der Vasoconstrictoren, seltener sind vasoparalytische Erscheinungen.

5. *Trophische Störungen* zeigen sich am häufigsten als allgemeine Muskelatrophie; auch Veränderungen der Nägel, wie bei der Ataxie, finden sich nicht selten.

Die verschiedenen spinalen Erscheinungen der Pellagra gruppiren sich oft derart, dass ein Krankheitsbild entsteht, welches der spasti-

schen Spinalparalyse — oder in anderen Fällen — der spinalen Neurasthenie sehr ähnlich ist.

Die häufigsten anatomischen Befunde im Rückenmark Pellagröser waren: Hyperämie, Trübung und Verdickung der Häute und Osteome. Zwei Mal konnte Seitenstrangdegeneration constatirt werden.

Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde Pigmentdegeneration der Ganglienzellen, namentlich des Vorderhorns gefunden.

Obersteiner (Wien).

---

170) **Bellangé** (Paris): Un cas de délire par lésion cérébrale syphilitique. (Irresein in Folge von Lues cerebralis.) (L'Encéphale III. H. 1. S. 103.)

42 jähr. Schuhmacher, dessen Bruder epileptisch, früher stets gesund, inficirte sich vor 6 Jahren syphilitisch. Seit einiger Zeit bestanden Kopfschmerzen, Erbrechen, Sehstörungen. Beim Eintritt in's Hospital besteht: leichte Schwächung der Intelligenz, rechts Strabismus convergens, deutliche Myosis, Ptosis, blitzartige Schmerzen in Beinen und Schwanken bei geschlossenen Augen. Rascher Fortschritt besonders der psychischen Symptome: Pat. läuft im Hemd in den Sälen umher, findet sein Bett nicht mehr, wird sehr unruhig, isst seine Excremente. Von jetzt ab Ordinat. von Kal. jodat. 4,0 pro die. Schon nach kurzer Zeit wird der Kranke ruhiger und viel klarer. Die übrigen Symptome bestehen fort und werden auf Rückenmarks-Syphilis bezogen, die neben der Gehirnsyphilis bestehen soll. Das Bestehen der letzteren ist aus dem Erfolg des Jodkali zu erschliessen. (? Ref.)

Schoenthal (Grafenberg).

---

171) **Ball** (Paris): Les frontières de la folie. (Die Grenzen des Irrreseins.) (Vorlesung an der Klinik des Asyle Sainte-Anne. L'Encéphale III. Heft 1.)

B. bespricht verschiedene psychopathische Phänomene, die sich bei sonst gesunden, ja oft sogar sehr intelligenten Menschen finden. An die Beschreibung der isolirten Zwangshandlungenn und Zwangsvorstellungen reiht sich die Besprechung der Zweifelsucht, Grübelsucht, der verschiedenen Zustände der Agoraphobie, Claustrophobie u. dgl. Ferner finden sich häufig noch in den Breiten geistiger Gesundheit isolirte hypochondrisch-neurasthenische Sensationen (interessant ist unter den aufgezählten Fällen der einer Dame, die einen Arzt wegen eines Prostata-Leidens consultirt: die Versicherung, dass sie gar keine Prostata hätte, nimmt sie mit Entrüstung und Unglaube auf — sie hat ja ein medicinisches Buch gelesen und verspürt ganz genau die beschriebenen Symptome des Prostata-Leidens.) Den Schluss der Besprechung bilden die Hallucinationen der Gesunden; sie werden sehr lange objectiv beurtheilt, nach allzulangem Bestehen werden sie jedoch häufig nicht mehr richtig beurtheilt und bilden die Basis von Wahnideen. — Die genannten Zustände stellen alle Uebergangsgebiete aus dem Bereiche geistiger Gesundheit in das der Geisteskrankheit dar; eine scharfe Grenze zwischen beiden Gebieten existirt nicht.

Schoenthal (Grafenberg).

---

172) **Régis** (Bordeaux): Un cas remarquable de Pseudoparalysie générale alcoholique. (Interessanter Fall von Pseudoparalysis alcoholica.) (L'Encephale III. Heft 1. S. 91.)

R. pflichtet der Ansicht bei, dass die Alcoholparalyse eine in Symptomen, Verlauf und Prognose von der gewöhnlichen progr. Paralyse durchaus verschiedene Krankheit sei. Der bei dieser Gelegenheit berichtete, allerdings interessante Fall, betrifft einen 48jährigen Mann, dessen Vater und Grossvater Potatoren waren, und der selbst seit seinem 14. Jahre stark in Potu excedirte. Er wurde von 1876—1882 nicht weniger als 16 Mal in verschiedenen Asylen aufgenommen, bot dabei meist das ausgesprochene Bild der progr. Paralyse, — Plänesucht, Euphorie, Sprachstörung, ungleiche Pupillen, läppischer Grössenwahn, — so dass bedeutende Irrenärzte (u. A. Legrand du Saulle, Magnan, Voisin etc.) ihn im Anfang für einen Paralytiker oder zur Paralyse neigend erklärten. Nach kurzer Zeit jedoch wurde er stets bedeutend gebessert entlassen, bot nach neuen Excessen in Potu — später allerdings mehr und mehr mit Hervortreten der Symptome des Alcoholismus — charakteristische Hallucinationen, typisches Intoxicationsdelir des Alcoholismus — wieder das Bild der Paralyse. Bei der 7. Aufnahme epileptische Anfälle, die mit den übrigen Symptomen nach einer gewissen Zeit des Anstaltsaufenthaltes wieder schwanden, und ebenso nach neuen Excessen wiederkehrten. Vor der 14. Aufnahme Apoplexie mit zurückbleibender rechtsseitiger Hemiplegie, die sich im weiteren Verlaufe bedeutend besserte. Bei der 16. Aufnahme (Februar 1882) constatirte R. weit vorgeschrittene Demenz, atactische kaum verständliche Sprache, Zittern der Mundmuskulatur beim Sprechen, ungleiche Pupillen, Zittern der Extremitäten. R. stellte trotzdem die Prognose auf Grund der Antecendentien günstig: Pat. begann bald regelmässig im Asyl sich zu beschäftigen, sämmtliche Symptome besserten sich zusehends mit Ausnahme der von der Hemiplegie zurückgebliebenen Schwäche der rechten Seite. Bei der Entlassung — Juni 1882 — sind die Erscheinungen bis auf einen gewissen Grad psychischer Langsamkeit fast gänzlich geschwunden.

Schoenthal (Grafenberg).

---

173) **Carlyle Johnstone** (Edingburgh): Case of Exophthalmic Goitre with Mania. (Basedow'sche Krankheit mit Manie.) (Journ. of ment. science. Jan. 1884. S. 523.)

Eine 32 jährige bisher gesunde Frau, die aus einem Bezirke stammte, in dem Kropf endemisch war, erkrankte sechs Monate nach einer Entbindung an heftigem Erbrechen. Kurz darauf wurde Anschwellung der Schilddrüse und leichter Exophthalmus bemerkt, zu denen sich schnell die übrigen Symptome der Basedow'schen Krankheit gesellten. Die ersten Zeichen der Manie traten ca. 3 Monate nach der Entstehung des Kropfes auf. Das ohne besondere Abweichungen ablaufende Krankheitsbild wurde vier Monate nach der Aufnahme durch einen plötzlichen Ohnmachtsanfall mit grosser Pulsverlangsamung unterbrochen. Vier Monate später, während die Kranke kürzlich etwas

zugenommen hatte, traten Anfälle von Schwäche im linken Arm und Bein ein, die in steigender Intensität wiederkehrten. Die Kranke begann über Taubheitsgefühl und schmerzhafte Sensationen der linken Körperhälfte zu klagen. Die Sensibilität war daselbst erheblich herabgesetzt, die Schmerzempfindlichkeit gesteigert. Dies und die Schwäche auf der linken Seite nahm bis zum Tode rasch zu. — Wie aus dem sehr ausführlichen Sectionsbericht zu entnehmen ist, hat sich für die Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystemes keine sichere Begründung gefunden, in wie weit eine Adhaerenz der Pia an die Gehirnoberfläche der rechten Hemisphäre, stärkere Blutfülle der Weichheit der Rinde derselben dafür zu verwerthen ist, lässt Verf. unentschieden. Matusch (Dalldorf).

174) **F. M. Cowan** (Holland): A case of General Paralysic in a woman. (Paralysis bei einer Frau.) (Journ. of ment. scien. Jan. 1884. S. 530.)

Krankheitsgeschichte und Sectionsbefund einer klassischen Paralyse. Matusch (Dalldorf).

175) **J. Manley**: Case resembling General Paralysis — Meningitis followed by Effusion of Lymph and Pus into the Arachnoid Sac. (Journ. of ment. science. Jan. 1884. S. 519.)

Die Notiz enthält nicht viel mehr als die Ueberschrift: die Section eines vor 5 Monaten unter dem Bilde der Paralyse erkrankten Mannes ergab acute Meningitis mit reichlichem eitrigen Beleg auf der Archnoidea und serös-eitrigem Erguss in den Arachnoidealraum.
Matusch (Dalldorf).

176) **J. Adam** (Kent): A case of Melancholy with Stupor and Catalepsy. (Journ. of ment. science. Jan. 1884. S. 508.)

Aus welchen Gründen der Verf. in seiner Einleitung den Fall als „typisch und als vorzügliche Illustration“ des Krankheitsbildes der Mel. c. stup. ansieht, ist aus der Krankheitsgeschichte nicht recht ersichtlich. Eine 21 jährige Dame erkrankte an heftigen Kopfschmerzen, wird unfähig zu arbeiten, fängt nach einigen Monaten an, sonderbar zu reden: man beobachte sie, mesmerisire sie u. s. f. Dann tritt Depression ein mit Nahrungsverweigerung und Neigung zu Selbstmord, doch bestehen Zeiten, wo sie heiterer ist und spontan Nahrung einnimmt. Eines Abends ist sie aus einem anscheinend tiefen Schlafe kaum zu erwecken: sie äussert dann, sie habe soeben in *Verzückung* gelegen. Dies wiederholt sich öfter. Ungefähr 5 Monate nach Anfang der Erkrankung zeigt sie cataleptische Zustände, verweigert energisch die Nahrung, spricht zeitweise sehr erregt, sie sei eine *königliche* Person. Nach Zwangsfütterung erholt sie sich etwas, die cataleptischen Zufälle treten spärlicher und blasser auf und wechseln mit luciden Zeiten. Ein Jahr nach der Erkrankung ist sie annähernd gesund, doch hält sie sich noch für eine grosse Sünderin und manchmal „scheinen die stuporösen Zustände wieder im Anzuge zu sein.“
Matusch (Dalldorf).

177) **Jul. Mickle** (London): Visceral and othor Syphilitic Lesions in Insane Patients without Cerebral Syphilitic Lesions. (Viscerale Syphilis bei Geisteskranken ohne cerebrale syphilitische Veränderungen.) (Journ. of ment. science. Jan. 1884. S. 493.)

In beiden erwähnten Fällen wies die Section Gummata in der Leber nach, im ersten auch noch in den Nieren und der Ulna. Zur Zeit der Entstehung der Psychosen bestand floride Syphilis. Dies und die Form der Psychosen wiesen auf luetischen Ursprung. Nichtsdestoweniger fanden sich keine syphilitischen Veränderungen im Gehirn.

Matusch (Dalldorf.)

---

178) **Geo H. Savage** (London): Three cases: One with the usual Symptoms of General Paralysis; one with Doubtfull Symptoms, and the Third with Marked Symptoms: Pacchymeningitis in all. (Pachymeningitis bei Paralyse mit gewöhnlichen, mit zweifelhaften und mit deutlichen Syptomen.) (Journ. of ment. science. Jan. 1884. S. 512.)

Das Vorkommen von Pacchymeningitis hämorrhagica ist nach S. nicht allzu häufig und betrifft fast ausschliesslich Paralytiker. Das Hämatom sass im ersten Falle auf der Convexität der linken, im zweiten der rechten Hemisphäre. Besonders erwähnenswerthe Züge weisen die drei beschriebenen Fälle nicht auf.

Matusch (Dalldorf).

---

179) **Th. Crothers** (Hartford, Connect.): A case of inebriety with criminal impulsives. (Ein Fall von Trunksucht mit verbrecherischen Trieben.) (The medic. Record vom 27. Octbr. 1883.)

Verf. erzählt die Geschichte eines an periodischer Trunksucht Leidenden, der in den ersten Tagen der Zwischenpausen an Melancholie und Hallucinationen meist angenehmen Inhalts litt, dann geistig gesundete, bis er in Folge von Anhören von Mässigkeitspredigten, Sehen eines Betrunkenen u. dgl. wieder anfing zu trinken. Allmählig stellte sich der ihm bewusste und ängstlich bekämpfte Trieb ein, ein Eisenbahnunglück herbeizuführen, zu morden, sich selbst zu tödten, — ein Trieb, der durch erneuten Spirituosengenuss jedesmal verschwand, um nach der Ernüchterung sofort wiederzukehren. Pat., dessen nervöse und trunksüchtige Eltern beiläufig frühzeitig gestorben waren, wurde innerhalb 8 Monaten, während welcher noch ein paar mal Hallucinationen etc. auftraten, bis auf eine gewisse nervöse Reizbarkeit vollständig geheilt. Verf. setzt schliesslich unter Anführung mehrerer ähnliche Fälle auseinander, dass solche pathol. und psycholog. Triebe bei Trunkenbolden sehr gewöhnlich sind und dass die betreffenden Kranken, falls sie, ihrem Triebe folgend, ein Verbrechen begingen, nicht als geistesgesunde Verbrecher beurtheilt werden dürfen.

Voigt (Oeynhausen).

---

180) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Mordversuch eines Gymnasialschülers an seinem Lehrer. Organische Belastung. Streitige Sinnesverwirrung zur Zeit der That. Freisprechung. (Jahrbücher f. Psychiatrie. 5. Bd. S. 171.)

Der Primaner N. hatte einen seiner Lehrer, den er für seinen Feind hielt zu erschiessen versucht. Vor der That ist sein verändertes, deprimirtes, scheues und unstetes Wesen aufgefallen. N. stammt aus nervöser Familie, der Vater leidet an Schwindel- und Angstanfällen und ist von trübsinnigem und jähzornigem Character; ein jüngerer Bruder des N. hat wegen einer schlechten Censur einen Selbstmordversuch gemacht; eine Schwester ist geistig und körperlich zurückgeblieben. N. selbst hat körperliche Degenerationszeichen, zu kleinen Schädel, missgebildete Zähne. Wie das Gutachten ausführt, resultirt aus „den inneren Organisationsanomalien eine Abnormität des Characters, die den Inkulpaten nicht zum geistig kranken Menschen macht, wohl aber ihn in die Gefahr bringt, gelegentlich abnorm zu fühlen, zu denken und verkehrt zu handeln," er war aber weder unfähig, die Strafbarkeit seiner Handlungen zu erkennen, noch erscheint er im Allgemeinen der Bedingung der Willensfreiheit verlustig. Die Geschworenen nahmen demnach Sinnesverwirrung zur Zeit der That an und sprachen den Angeklagten frei. Matusch (Dalldorf.)

181) **v. Krafft-Ebing:** Eine Mörderin ihrer fünf Kinder. Querulanten-Wahnsinn und religiöse Wahnideen. (Friedreich's Bl. f. ger. Med. etc. 34. Jahrgang, 3. Heft Mai und Juni.)

Anna K., 34 J. alt, stammt zufolge Selbstbiographie von charakteristisch abnormem Vater. Stiefbruder der Mutter war irrsinnig, ebenso die Mutter nach Typhus. Eine jüngere Schwester soll epileptisch sein. Vom 5. Jahre ab wurde Pat. von Pflegeeltern verwahrlost, musste dann zu Hause hart arbeiten. Vom 8.—12. Jahre Schulbesuch. Sie lernt leicht, ist religiös, heiter, aber jähzornig. 9jährig erkrankt sie an Lähmung, hat Hallucinationen religiösen Inhalts, ebenso im 11. Jahre. 12jährig in Dienst getreten muss sie mit unkeuschen Mägden zusammen schlafen. 15jährig pflegt sie sechs Wochen lang die an Typhus erkrankte Mutter und wird durch eine delirante Aeusserung derselben, die sie als Prophezeihung auffasst, zur Meidung von Männern bestimmt. 17jährig schlägt sie eine gute Partie wegen Eckel aus und erfährt seitens eines Pfarrers ein Attentat auf ihre Geschlechtsehre. Seitdem Aversion vor „Pfaffen". Später Gesichts- und Geruchs-Hallucinationen religiösen Inhalts. Vom 13. Jahre ab ist sie regelmässig, jedoch mit Kolik und Migräne menstruirt, was mit der ersten Schwangerschaft aufhörte. Allen Versuchungen zum ausserehelichen Beischlaf geht sie aus dem Wege, wird 20jährig durch einen Knecht, den sie wegen Sodomie zur Rede stellt, gemisshandelt, aber durch unmittelbare Dazwischenkunft der Mutter Gottes gerettet. Sie leidet längere Zeit darnach an Kopfweh und Herzklopfen. 73 errichtet sie einen Kaffé-schank, wird vom Vater schlecht behandelt. Auf der Wanderung nach Oestreich als Schnitterin erleidet sie einen Mordanfall, dessen Misslingen sie hallucinatorisch motivirt. 74 heirathet sie einen Wittwer mit

zwei Stiefkindern, weil er angeblich impotent ist. In der ersten Schwangerschaft will sie sich wegen Verdrusses ertränken und wird von ihrem Manne daran gehindert. Sie verlobt ihre Kinder Gott und der heiligen Jungfrau im Mutterleib. Von Mitte 74 bis Mitte 80 hat sie sechs Kinder. Sie gerathen in Noth durch Verschuldung und Wucher. Herbst 79 geht sie schwanger vergeblich nach Wien, um die Wucherer zu verklagen. Ende 79 gibt ihr ein Fremder, in dem sie den Kronprinzen (!) erkennt, den Rath, ihre Kinder zu tödten, damit die Sache vor den Kaiser komme, an den sie sich mit einer Bittschrift wenden will. Bei Zustellung eines Mobiliarfeilbietungs-Bescheids geräth sie in heftigen Zorn und droht, ihre Kinder und sich umzubringen. Der Gedanke, ihre Kinder der Lebensnoth zu entziehen, beschäftigt sie lebhaft. Sie querulirt wieder fruchtlos in Wien. Januar 80 bei der exekutiven Feilbietung des Häuschens reagirt sie masslos gegen die Gerichtskommission, wird von den Gerichtsärzten für geistig gesund erklärt und wegen Beleidigung von Gerichtspersonen zu Arrest verurtheilt. Erneutes Queruliren und Rückkehr ins Elternhaus, wo sie nebst den Kindern vom Vater schlecht behandelt wird. Ihr Gemüthszustand wird immer leidenschaftlich erregter, krankhafter.

Im Mai 80, hochschwanger, querulirt sie in Wien von Neuem und macht eine charakteristische Eingabe an das Justizministerium. Eine zweite Exploration ergibt fixe Idee, aber keine Geisteskrankheit; die wegen Gefährlichkeit der K. beantragte Aufsicht wird nicht verfügt, doch schritten die Gerichte nicht mehr gegen sie ein. Am 6. August gebiert sie ihr letztes Kind; am 12. fällt sie vom Futterboden auf die Scheune herab. In der Nacht auf den 13. hat sie eine Vision. Die Noth der Familie nimmt immer mehr zu, selbst der Mann hatte Selbstmordgedanken. Die Mutter vertröstet die Kinder auf den Himmel; dieselben spielen „Begrabens“. Der Gedanke, die Kinder dem Himmel zurückzugeben, nimmt bei der Mutter immer mehr überhand. Schon um den 20. Juli 81 wollte sie die Kinder an der Gerichtsstelle umbringen. Anfang August war die Noth am grössten; die Kinder weinten um Brod, sie sollten von ihr getrennt und der Zuständigkeitsgemeinde überwiesen werden. In der Nacht vom 11. auf den 12. träumt sie, dass sie die Kinder getödtet habe. Am 12. früh, erwartet sie das versprochene Geld vom Manne, der inzwischen in Diensten gegangen ist. 2 Kinder kommen weinend nach Hanse, weil man sie eines Kapellendiebstahls beschuldigt habe. Die Leute setzen ihr deshalb zu; da beschliesst sie die That und schlägt der Reihe nach fünf Kinder mit dem Mörserstössel zu Boden. Dann betete sie und wartete auf den ältesten, um sich nach dessen Mord zu tödten. Als vier Kinder noch Lebenszeichen geben, betet sie vor ihnen und tödtet sie vollends.

Sie will während der That und nachher ganz hell und klar im Geiste gewesen sein. Sie spricht in ruhiger und freudiger Weise unmittelbar nach der That von derselben. Im Gefängniss ist sie ruhig. Sie hat eine gute That begangen, weil die Obrigkeit künftig andere Mütter nicht mehr so verlassen werde. Die weltliche Gerechtigkeit

fürchtet sie nicht, nur solle man sie an einem Freitag oder Samstag hinrichten. Ihren Sohn würde sie nicht tödten und möchte auch am Leben bleiben, um für ihn zu sorgen. Die Anmuthung sie sei irrsinnig und habe im Irrsinn gehandelt, weist sie mit Indignation zurück. Sie ist mittelgross, gracil, von intelligenten Zügen, lebhafter Mimik, glänzendem energischem Auge. Der Schädel ist normal, Muskeln der linken Mundgegend weniger innervirt, als die der rechten. Vegetative Organe gesund. Aus der Irrenanstalt verlangt sie stürmisch Entlassung und droht mit Selbstmord oder Ermordung von Patienten im Nichtfalle. Landsberg (Ostrowo).

III. Aus den Vereinen.

I. Neurological Society zu New-York.

Sitzung vom 12. October 1883. (The medic. Record 17. Novbr. 1883.)

182) **Leonard Weber:** *Ueber den neurotischen Ursprung der Arthritis deformans.* Vortr. ist, abgesehen von den ätiologischen Momenten und gewissen nervösen Symptomen, hauptsächlich dadurch, dass er von der üblichen Behandlung mit Jod, Colchic. etc. nie Nutzen sah, dagegen durch gute Diät, Eisen, Leberthran bei gleichzeitiger Application des galvanischen Stromes auf die nervösen Centralaparate (er führt 6 betr. Fälle kurz an) gute Erfolge erzielte, zu der beiläufig schon öfter verfochtenen Ansicht gebracht, dass die deformirende Gelenkentzündung neurotischen Ursprungs sei. Er wünscht desshalb, dass bei betreffenden Sektionen namentlich die Vörderhörner des Rk. zu untersuchen seien.

Bei der Discussion bemerkt Dana, dass die wenigen Fälle, die er gesehen habe, gegen Weber's Ansicht sprächen; auch gäbe es keine Gelenkkrankheit, die aus *functionellen* nervösen Störungen hervorgehe. Wendt meint, dass zuerst die allgemeine Ernährung schlecht werde und in Folge dessen sich dann eine nervöse Disposition ausbilde. Burrall sieht die Ursache in trophischen Störungen und empfiehlt Arsenik und Eupatorium. Morton meint, dass die Erkrankung meist bei Neurasthenikern vorkomme. (Ref. hält die Krankheit gleichfalls nervösen Ursprungs, wenngleich er durch die Anwendung farad. und galv. Ströme nie Wesentliches erreichte; die verhältnissmässig besten Resultate — er hat mehr als hundert einschlägige Fälle behandelt — erzielte er durch laue Thermalsoolbäder (25—22° R.), laue Wasserabreibungen der Körperoberfläche, gute Diät, Eisen, Leberthran, vor Allem Massage. Voigt (Oeynhausen).

II. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 7. Januar 1884. (Le Progrès méd. Nro. 3. 1884.)

183) **Babinsky** beschäftigt sich mit der Frage in welcher Weise sich die *Muskeln* verändern, die durch Durchschneidung des ihnen zugehörigen Nerven vom centralen Nervensystem getrennt werden. Handelt es sich um *Atrophie* oder um *Myositis*, wie man bisher angenommen hat?

Nach B. dürfte man es mit einer intensiven Profiseration des nicht differencirten und einer consecutiven Atrophie des gestreiften Protoplasma zu thun haben.

Beide Processe würden demnach zu gleicher Zeit anzutreffen sein und der Ausdruck Atrophie bezeichnet die Läsion nicht besser als das Wort Degeneration.

184) **Landouzy** und **Déjerine:** *Ueber die progressive atrophische Myopathie* (hereditäre Myopathie), *die in der Kindheit am Gesichte beginnt.* Die oben genannte Affection muss nach dem heutigen Stande der Wissenschaft durchaus von der Form geschieden werden, welche beim Erwachsenen vorkommt (Aran-Duchenne). Sie zeichnet sich durch folgende Merkmale aus: 1) Constanter Beginn an den Gesichtsmuskeln und 2) völlige Unversehrtheit des Nervensystems.

Es handelt sich hier um eine reine Affection der Muskeln selbst.

185) **Gibier** hat, da das *Pilocarpin* und selbst der gewöhnliche Knoblauch *gegen Hydrophobie* vielfach emphohlen worden sind, folgende Versuche angestellt. Nachdem er Thieren die oben genannten Mittel reichlich zugeführt hatte, injicirte er ihnen Wuthgift. Der Erfolg war gleich Null. Die Thiere gingen zu Grunde. Rabow (Berlin).

IV. Tagesgeschichte.

Aus Baden. *Zur Frage der Erweiterung der staatlichen Irrenfürsorge in Baden.*

In immer weiteren Kreisen bricht sich die Anschauung Bahn, dass die staatliche Irrenfürsorge in unserem Lande einer Erweiterung dringend bedürfe. Unter den mit diesem Zweige der Staatsverwaltung näher in Berührung kommenden Faktoren war über die Thatsache des Bedürfnisses längst kein Zweifel mehr. Bei der Wichtigkeit dieser Frage und der unzweifelhaften Belastung, die deren gründliche Lösung dem Staatsbeutel auferlegt, dürfte es wohl von Interesse sein, die thatsächlichen Verhältnisse der Irrenfürsorge sowie die für den Umfang der Erweiterung massgebenden Zahlen näher ins Auge zu fassen.

Erste Thatsache: In den beiden Staatsirrenheilanstalten, *Illenau* und Irrenklinik zu *Heidelberg*, fehlt es an dem nöthigen Raum zur *alsbaldigen* Aufnahme der angemeldeten frisch Erkrankten. Es wurden in dem Zeitraum von $2^1/_2$ Jahren

	in *Illenau*			in *Heidelberg*		
			bis 30. Juni			bis 30. Juni.
	1881.	1882.	1883.	1881.	1882.	1883.
angemeldet . . .	328	354	181	179	169	93
aufgenommen . .	249	249	139	155	146	76
auf die Wartliste gesetzt	145	111	73	33	43	17
nachträglich (verspätet) eingerufen	99	73	42	33	43	17

Am 31. December 1883 verblieben auf der Wartliste in Illenau 21, der Irrenklinik 7.

Zweite Thatsache: In Folge der soeben dargestellten Unzuläng-

lichkeit der beiden Irrenheilanstalten für die Aufnahme frischer Seelengestörter wird — theils nach vergeblicher Anmeldung bei denselben, theils ohne solche — seit Jahren in vielen Fällen die erste Hülfe für solche Geistesgestörte in *Krankenhäusern*, vereinzelt auch in Kreispflegeanstalten gesucht, wo dieselben in hohem Grade störend wirken, ohne selbst die eingehende psychiatrische Behandlung, wie sie nur die Irrenanstalt gewährt, finden zu können, bei längerer Dauer des Aufenthaltes leicht verblöden und so die Zahl der *Unheilbaren* und damit die öffentliche Last ihrer Versorgung vermehren.

Nach gemachten Erhebungen sind im Jahre 1882 und halb 1883 in die Krankenhäuser des Landes 362, in Kreispflegeanstalten (Geisingen und Schopfheim) 26, im Ganzen 388 an frischer Seelenstörung Leidende aufgenommen worden. Die Dauer ihres Aufenthaltes in diesen Anstalten betrug zum Theil (181) nur bis zu 3 Wochen, in der Mehrzahl der Fälle (207) aber mehr als 3 Wochen bis zu 10 Monaten! Die Mehrzahl der letzteren Kranken ging schliesslich, mehr oder weniger geschädigt, in Irrenanstalten (auch ausser Lands in Stephansfeld, Königsfeld, Basel u. s. w.) über, während der Rest (89) als „gebessert“ oder „ungeheilt“ in die Heimath entlassen wurde. Von diesen ist zu besorgen, dass sie später oder früher, dann aber muthmasslich als Unheilbare, der Staatsfürsorge anheimfallen!

Zur Beseitigung dieser Missstände schreiender Art sind mindestens 250 neue Plätze für frische Erkrankungsfälle in den Heilanstalten zu beschaffen.

Dritte Thatsache: Nach allgemeiner Wahrnehmung ist die Zahl der *unheilbaren Geisteskranken*, welche der Versorgung in Anstalten bedürfen, in *fortwährender Zunahme*. Diese Erscheinung hat ihren Grund theilweise in der Natur und den Verhältnissen der Erkrankungsformen selbst, theils aber auch in der oben erwähnten Ueberfüllung der Heilanstalten, welche die rechtzeitige Aufnahme der frisch Erkrankten hindert und so die Heilungsmöglichkeit erheblich herabsetzt. Von wesentlichem Einfluss auf diese Erscheinung ist auch die Unfähigkeit und die Ungeneigtheit grosser Volkskreise, solche unglückliche Kranke mit Opferwilligkeit und Liebe zu verpflegen, da sie selbst alle Mittel zur Selbsterhaltung aufwenden müssen oder den Bedürfnissen des Lebens zuwenden wollen. Diese Thatsache geht aus folgenden tabellarischen Aufstellungen unwidersprechbar hervor!

Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim.

	Stand am 1. Januar	Zugang.	Abgang.	Stand am 31. December.	Angemeldet wurden: vom vor. Jahr.	Angemeldet wurden: laufend. Jahr.	Summe.	Aufgenommen.	nicht nöthig, weil gest. u. s. w.	Am 31. Decbr. auf. d. Wartliste.
1879:	550	73	80	543 — 7	7	73	80	73	4	3
1880:	543	100	86	557 + 14	3	116	119	116	11	8
1881:	557	89	85	561 + 4	8	107	115	89	4	22
1882:	561	82	80	563 + 2	22	99	121	82	14	25
1883:	563	101	65	599 + 36	25	120	145	101	13	31

Es wurden nach Pforzheim transferirt:

1. Aus Illenau:		2. aus der Irrenklinik:
1873: 65	1878: 22	1879: 6
1874: 97	1879: 17	1880: 18
1875: 66	1880: 17	1881: 14
1876: 38	1881: 4	1882: 10
1877: 56	1882: 6	

durchschnittlich 64,4, durchschnittlich 13,2.

Die Gesammtaufnahmen aus diesen beiden *Heilanstalten* in den letzten 5 Jahren betrug 114 gegen 322 in den vorhergegangenen 5 Jahren, durchschnittlich jährlich 22,8, somit 41,6 weniger als in den 5 vorhergehenden Jahren.

Aus diesen Zusammenstellungen darf wohl entnommen werden, a. dass der Zudrang von Unheilbaren in die für ihre Unterbringung bestimmte Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim stetig zunimmt, b. dass diese Anstalt bei thunlichster, hygieinisch kaum noch zulässiger Ausnützung ihres Raumes ihrer wesentlichsten Aufgabe: die beiden Irrenheilanstalten zu erleichtern, nicht mehr genügen kann. Am 31. December hatte sie bei dem jetzt höchsten Krankenstand von 599 noch 31 Expectanten.

Vierte Thatsache: Dieser Umstand hat die Folge, dass in Illenau und der Irrenklinik bei fortwährendem Sinken der Aufnahmsfähigkeit und bei stetiger Verminderung der Entlassungen der Stand der am Jahresschluss vorhandenen Kranken wächst, woraus sich als unvermeidliche Folge die Ueberhäufung dieser Heilanstalten mit chronischen, meist unheilbaren Kranken als Ursache ihrer Eingangs erwähnten mangelnden Leistungsfähigkeit ergibt.

Fünfte Thatsache: Eine weitere Folge der Ueberfüllung der Pforzheimer Anstalt liegt darin, dass Gemeinden und Familien zur Unterbringung von chronischen Kranken, die eigentlich in Staatsanstalten gehören, ihre Zuflucht zu den *Kreispflegeanstalten* nehmen, welchen dadurch eine erhebliche Zahl sehr lästiger, schwer zu behandelnder Geisteskranker zugeführt wird. Zu Anfang dieses Jahres befanden sich derartige unsociale, störende und besondere Einrichtungen erfordernde Kranke in den Kreispflegeanstalten Hub: 47, Fussbach; 6, Freiburg: 3, Geisingen: 6, Schopfheim: 31, Jestetten: 1. Es kann angenommen werden, dass von diesen 94 Kranken 80 eigentlich in eine Irrenanstalt aufgenommen zu werden bedürfen.

Sechste Thatsache: Die Heil- und Pflegeanstalt Illenau ist im Jahre 1842 für 420 Kranke erbaut worden. Wenn auch im Laufe der Zeit mehrfache Erweiterungsbauten stattgefunden haben, so erfordert die ganze Anlage und Einrichtung dieser Anstalt, dass sie diese Zahl nicht überschreite, wenn sie die wohlthätige und erfolgreiche Wirksamkeit, die sie seit einer langen Reihe von Jahren zum Segen ausserordentlich vieler Landesangehöriger ausgeübt hat, ungestört beibehalten soll. Illenau muss die erste Heilanstalt des Landes bleiben, wozu sie auch durch Lage, Einrichtung, Ausstattung und Geschichte vorzüglich geeignet ist. Auch die Irrenklinik zu Heidelberg beher-

bergt ständig mehr Kranke, als ihr eigentlich von Haus aus zugedacht waren. Dieselbe wurde 1870 mit 80 Betten eröffnet und erfordert der Heilzweck, ganz vorzüglich aber der Lehrzweck, dem sie gewidmet ist, dass jede Ueberfüllung vermieden wird.

Aus dem Gesagten darf wohl der Schluss gezogen werden, dass eine Erweiterung der staatlichen Irrenfürsorge nicht weiter verschoben werden darf. Bezüglich des *Umfanges des Bedürfnisses* mögen folgende Zahlen als Anhaltspunkte aus den bisherigen Ausführungen entnommen werden:

a.	zur Erleichterung der Heilanstalt in Illenau 80, Irrenklinik 20, sind	100 Plätze
b.	zur Unterbringung der in Krankenhäusern, Kreispflegeanstalten und in den Familien kümmerlich Versorgten	330 „
	im Ganzen somit . .	430 Plätze

neu zu beschaffen.

Es ist begreiflich, dass Angesichts der vielen Opfer, die für das Land unter allen Umständen mit der vermehrten Herstellung von Unterkunftsräumen für versorgungsbedürftige Geisteskranken verbunden sein werden, alle Möglichkeiten der Abhülfe genau in's Auge gefasst werden müssen, um die billigste und doch zweckentsprechendste Art und Weise festzustellen.

Die *Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim* lässt absolut keine Vergrösserung sowie keine Mehraufnahme von Kranken mehr zu. Ausser verschiedenen unverbesserlichen Schäden, wie unvollständige Trennung der Geschlechter, Unmöglichkeit, die Kranken nach ihrer Krankheitsform zu trennen, enge Gänge, schlecht ventilirbare Aborte, ist hier die sehr beengte Lage in der Mitte einer volkreichen Stadt sowie der Mangel jeden Gartens in erster Linie zu betonen. Alle Räume sind bis unter das Dach gefüllt, in den Schlafsälen und den Spazierhöfen Zustände, die an die Grenze des Zulässigen streifen. Eine abermalige Erhöhung der Krankenzahl wäre hier geradezu ein Verbrechen. Bei dieser positiven Unmöglichkeit lag der Gedanke nahe, die *Anstalt Illenau* durch Umbau zu erweitern, ein Plan der, mehrfach besprochen, aber stets nach reiflicher Ueberlegung abgelehnt werden musste, und zwar mit Recht. In kleinem Maassstabe wäre die Hülfe ohne Bedeutung gewesen, in grossen Dimensionen würde die erste Heilanstalt des Landes gerade den Charakter erhalten haben, vor dem sie zu bewahren die Aufgabe der Maasnahmen sein muss: den einer grossen Pflegeanstalt, abgesehen von der Unmöglichkeit, eine so grosse Anstalt, an der jetzt schon 6 Aerzte wirken, zu übersehen und jedem einzelnen Kranken die nöthige Beachtung zu Theil werden zu lassen. Auch das Terrain ist nicht für Vergrösserung geeignet; Luft und Licht in der jetzt bestehenden Anstalt würden beeinträchtigt, das zu Feld und Gartenbau bestimmte Gelände beengt und der ganzen Anlage der harmonische Charakter geraubt werden, der sie so wohlthuend berührt. Auch die in Illenau verpflegten *Ausländer* sind vielfach mit Rücksicht auf den Raummangel für die Kranken des Inlandes beanstandet worden. Der bedeutende

materielle Vortheil, den deren Anwesenheit gewährt, kann hier nicht in Betracht kommen, denn derselbe wäre illusorisch, wenn das Land an anderer Stelle Hunderttausende aufwenden müsste; allein es muss festgehalten werden, dass es durchaus unmöglich ist, unruhige Kranke III. Classe, bei denen sich der Raummangel am empfindlichsten geltend macht, in die Räume zu legen, die für ruhige Kranke I. und II. Classe — und nur unter solchen sind Ausländer — bestimmt sind; es wird wohl Niemand z. B. ruhige Damen besserer Stände in die Nähe Tobsüchtiger verlegen wollen. Die vielen Annehmlichkeiten, die allen Anstaltsinsassen jeden Standes durch die vermöglichen Ausländer zu Gute kommen, dürfen nebenbei doch auch Erwähnung finden.

In den *Kreispflegeanstalten* befanden sich Ende des Jahres 1883: 382 chronische Geisteskranke, 3 acute Formen dieser Krankheit und 95 Epileptiker. Es haben sich nach vorliegenden Erfahrungen die Hoffnungen, die an die Thätigkeit der Kreispflegeanstalten geknüpft wurden und noch werden, nicht realisirt, im Gegentheil: die angestrebten Versuche nach dieser Richtung haben Anstalten und Kranke erheblich geschädigt und die schwersten Missstände in's Leben gerufen. Die ersteren waren genöthigt, wenn sie nicht zu systematischen Zwangsmitteln schreiten wollten, zur Sicherheit der übrigen Kranken und des Hauses mit grossen Kosten besondere Einrichtungen bezüglich Anlage Personal und Leben in der Anstalt zu treffen, zu denen sie als freie Organe der Selbstverwaltung eigentlich gar nicht verpflichtet waren, während der eigentliche Zweck ihrer Anlage erheblich geschädigt wurde. Einzelne solche Anstalten haben sich daher mit Recht und Erfolg gegen die Aufnahme von Geisteskranken gewehrt. Es harren in den Kreisanstalten zahlreiche Kranke auf die Möglichkeit, in Staatsanstalten überzugehen, wohin sie nach ihrer Natur und dem Statut gehören. Die Kranken entbehren in der Regel jeder psychiatrischen Behandlung und es ist nicht die geringste unheilvolle Wirkung der Ueberfüllung in den Staatsanstalten, dass das verwerfliche Bestreben mancher Gemeinden, Geisteskranke, die noch besserungsfähig sind, wegen der geringeren Kosten in den Kreisanstalten unterzubringen, einen Schein von Berechtigung erhält, da die armen Kranken doch versorgt sind. Im Sinne der Organisation von 1864 sind die Kreisanstalten nur zur Erleichterung und im Interesse der Irrenpflege, soweit sie den Kreisangehörigen obliegt, gegründet; staatliche Aufgaben, als welche die Versorgung störender und gefährlicher Geisteskranker stets betrachtet wurde, können denselben nicht zugemuthet werden, es sei denn unter Gewährung eines sehr erheblichen Staatszuschusses. In Württemberg wurde dieses System lange Zeit befolgt, es ist jetzt aufgegeben und sind zwei neue Irrenanstalten durch den Staat erbaut worden. Die Kreispflegeanstalten haben bis jetzt ihre eigentliche Aufgabe tüchtig und billig erfüllt, es wäre auch grosses Unrecht, sie in ihrem ruhigen Fortschreiten zu hemmen! An der Hand der Erfahrungen mit den Kreisanstalten wurde auch die *Zerstreuung der Kranken im Lande* in verschiedene alte Schlösser, Klöster oder sonstige grössere Anwesen befürwortet. Wenn auch diese Decentralisation nach einzelnen Richtun-

gen, wie z. B. der Beschäftigung der Kranken deren versuchsweise Entlassung, nicht ohne Vortheile sein würde, so kann doch mit Sicherheit angenommen werden, dass der Gesammtaufwand für den Betrieb der einzelnen kleinen Asyle ein erheblich grösserer werden würde, als der einer einzigen grossen Anstalt. Die Erfahrungen der Neuzeit z. B. in Dalldorf mit 1200 Kranken oder Hubertusburg mit 1900 Insassen sprechen entschieden für die verhältnissmässige Billigkeit grosser Anstalten, wenn einmal die Einrichtung wie Küche, Waschanstalt u. s. w. geschaffen sind. Auch warnt das Beispiel von Pforzheim, in welches Gebäude allein in den letzten 10 Jahren 100 000 Mark verbaut werden mussten, entschieden vor dem Ankauf alter Häuser, auch in der Anstalt Hub wurden ähnliche Erfahrungen gemacht.

Ausgedehnte Verwendung der chronischen Geisteskranken zur Arbeit unter Zugrundelegung möglichst freier Behandlung ist die Richtung, nach welcher die Grossherzogliche Staatsregirung nach eingehenden Erörterungen, mehrfachen Gutachten von verschiedenen Seiten und mit Benützung der Erfahrungen in anderen Staaten Deutschlands, die von ihr als „eine der dringendsten und dankbarsten Aufgaben“ anerkannte Frage der Irrenversorgung zur Entscheidung zu bringen beschlossen hat. Sie hat den zur Zeit tagenden Ständen das Project einer nach dem Princip der landwirthschaftlichen Beschäftigung und die successive Erweiterung ermöglichenden freien Behandlung angelegten *Irrenpflegeanstalt* in der Nähe von *Emmendingen* vorgelegt. Zunächst sollen 450 Kranke dort untergebracht werden, die Anlage ist aber bezüglich Grunderwerb u. s. w. so berechnet, dass nach und nach die Pforzheimer Anstalt in dieselbe übergeführt und sie auf 1000 Köpfe gebracht werden kann. Die Anforderung an das Staatsbudget beziffert sich für die schliessliche Unterbringung von 1000 Kranken auf 3 877 598 Mark. Davon sollen zunächst zur Verwendung kommen 2 415 598 Mark und zwar in der Budgetperiode 1884/85: 1 250 000 Mark.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) St. Gilgenberg bei Bayreuth (Privat-Irren-Anstalt von Dr. Falco), II. Arzt, 1. Mai, 2000—2400 M. 2) Dalldorf bei Berlin, Volontairarzt, sofort, 600 M., freie Station. 3) Stephansfeld, Assistenzarzt, 900 M., fr. Stat. 4) Obernigk bei Breslau (Priv.- Irr.-Anst. von Dr. Kleudgen), Assistenzarzt. 5) Eichberg (Nassau), 3. Hilfsarzt, 900 M. (Anfangsgehalt fr. Stat. 6) Leubus (Schlesien), Volontairarzt, M. 1050, fr. Stat. 7) Saargemünd, II. Assistenzarzt, 1000 M. Anfangsgehalt, fr. Stat. 8) Klingenmünster, II. Hilfsarzt, 1200 M., Verpfl. I. Classe. 9) Schwetz, Assistenzarzt, 1. Mai, 1500 M. fr. Stat. 10) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg) i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Gummersbach (Köln), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Besetzte Stelle. Saargemünd, I. Assistenzarzt Herr Dr. Haase, bisher II. Assistenzarzt daselbst.

Auszeichnung. Prof. Dr. Ed. Hoffmann in Wien: eiserner Kronenorden III. Cl., Prof. Dr. Winternitz in Wien: Mecklenb. Hausorden Ritterkreuz.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **1. April 1884.** **Nro. 7.**

INHALT.

I. Originalien. Baierlacher: Eine Beobachtung über das Kniephänomen.

II. Original-Vereinsberichte. I. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

III. Referate und Kritiken. Broca: Die Hirnwindungen des Menschen. Rogner: Ueber das Variiren der Grosshirnfurche bei Lepus, Ovis und Sus. Luciani: Physiologie des Kleinhirns. Schiff: Ueber die Functionen des Kleinhirns. Bechterew: Zur Physiologie des Körpergleichgewichtes. Mayer und Pribram: Studien über die Pupille. Wernicke: Ueber die motorische Sprachbahn und das Verhältniss zur Anarthrie. Jensen: Ein Fall von Entwicklungshemmung in der motorischen Zone des Grosshirns. Lombroso: Die mittlere Hinterhauptsgrube bei verschiedenen Menschenrassen und Verbrechern. Beck: Ueber ein Teratom der Hypophysis cerebri. Westphal: Nachtrag zu dem Aufsatze: Ueber eine dem Bilde der (multiplen)-cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund. Deecke: Zwei Fälle von Epilepsie nach Schädelbruch. Erb: Ueber Modificationen der partiellen Entartungsreaction und über das Vorkommen der chronischen Spinallähmung beim Kinde. Müller: Diagnose und Therapie der Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung des Initialstadiums. Pitres: Ueber vasomotorische und secretorische Störungen bei Tabes dorsalis. Löwenfeld: Neuropathologische Mittheilungen. Zur Casuistik der transitorischen Aphasien. Rosenthal: Zur Behandlung nervöser Cardialgien. Weiss: Ueber die Anwendungsweise des Atropin bei Epilepsie. Maccabruni: Eine Familie von Selbstmördern Rechtsschutz der Geisteskranken. Smith: Bemerkungen über die Irrengesetze des Staates New-York mit Rücksicht auf die Aufnahme und Entlassung der Kranken.

IV. Personalien.

I. Originalien.

Eine Beobachtung über das Kniephänomen.

Von Dr. BAIERLACHER in Nürnberg.

Nachstehend aufgeführte, von mir vor Kurzem gemachte Beobachtung, die ich noch nirgends mitgetheilt gefunden habe und mir demnach neu zu sein scheint, dürfte vielleicht schon um desswillen der Mittheilung werth sein, aber vielleicht auch noch aus dem Grunde, weil sie geeignet zu sein scheint die Natur des Kniephänomens als eine entschieden reflectorische Erscheinung heller zu beleuchten, als dies bislang der Fall war.

Ein 55 J. alter Mann, etwas fettleibig, Beamter, seit Jahren an Neurasthenie leidend, macht sich, um eine damit verbundene Schlaf-

losigkeit zu bannen, seit langer Zeit subcutane Injectionen von Morphin und gebrauchte eine tägliche Dosis von circa 0,012 morphium hydrochloricum. In Folge einer Verbrühung seiner linken Hand mit kochendem Wasser, wobei die Finger erheblich angeschwollen waren, sah er sich ausser Stand gesetzt, die Einspritzungen sich selbst zu machen und wendete sich zu diesem Behufe an mich, den er schon öfters wegen seines Leidens consultirt hatte. Bei dem Manne fehlte, wie ich mich schon vor einem $^1/_2$ Jahr überzeugt hatte, beiderseits das Kniephänomen vollkommen, ich hatte aber bei dem Fehlen aller anderweitigen Anhaltspunkte keine Veranlassung die Diagnosis: Tabes zu stellen. Das Leiden bestand seit c. 10 Jahren, es war keine Ataxie, keine lancinirende Schmerzen in den Extremitäten, keine gastrischen Krisen, keine Sehnervenatrophie, keine Veränderung der Pupillen vorhanden, und bestand lediglich in dem Auftreten von Parästhesieen an den Oberschenkeln bei geminderter Sensibilität der Haut an diesen Stellen, in leichtem Ermüden beim Gehen, sowie in Schlaflosigkeit.

Als ich ganz zufällig, nachdem ich schon mehrere Abende ihm eine Injection gemacht hatte, einmal auch die Patellarsehne des vom Rande des Bettes herabhängenden Unterschenkels klopfte, wie man es zur Auslösung des Kniephänomens zu thun pflegt, bemerkte ich zu meinem Erstaunen, dass nun in beiden Beinen das Phänomen, das wie bemerkt seit lange gänzlich fehlte, mit einemale nahezu intact vorhanden war. Ich wiederholte an den darauffolgenden Abenden das Experiment, wobei ich natürlich nicht unterliess auch *vor* der Injection eine Prüfung vorzunehmen und stets mit demselben Erfolge. *Das Phänomen fehlte vor der Injection gänzlich und war wenige Minuten nach derselben beiderseits ausgesprochen vorhanden.* Genaue Messungen der Zeit des Eintrittes wurden von mir nicht angestellt.

Rosenbach*) beobachtete, dass das Kniephänomen in dem Chloroform-, Morphin- und Chloralschlafe, sowie im natürlichen Schlafe erlischt. Veranlasst durch diese Beobachtung setzte Heinrichs**) die Untersuchungen über diesen Gegenstand fort und fand, dass vor dem Verschwinden des Kniephänomens in der Chloroformnarkose eine *Steigerung* desselben eintritt. Nothnagel sagt in seiner Arzneimittellehre Morphin steigert schon in geringer Menge die Erregbarkeit des Rückenmarkes und somit auch die Reflexthätigkeit, welche durch grössere Dosen oder in der Narkose immer völlig gelähmt wird; ähnlich wie Chloral und Chloroform.

Wenn ich nun diesen Beobachtungen die von mir gemachte Beobachtung anreihe, so dürfte wohl darüber kaum mehr ein Zweifel bestehen, dass das Kniephänomen in der That nimmermehr das Resultat directer Muskelreizung, sondern ein ausschliesslich reflectorischer Vorgang ist.

Der Zweck dieser meiner Mittheilung ist nun auch der, zu weiteren Beobachtungen über die Wirkung des Morphin's in dieser Be-

*) Centralblatt für Nervenheilkunde Jahrg. 1879, Nro. 9.

**) Ueber das Verhalten der Reflexe, insbesondere des Patellarsehnenreflexes in der artificiellen (toxischen) Narcose. Inaug. Diss. Greifswald. Dezbr. 1880.

ziehung Veranlassung zu geben, welche recht bald, wie ich vermuthe, die Thatsache zu Tage bringen werden, dass diese Restituirung des Kniephänomens durchaus nicht in allen Fällen möglich ist. Sollte sich herausstellen, dass es bei Tabes nicht gelingt das erloschene Phänomen wieder hervorzurufen, so dürfte das Morphin ein wichtiges Hilfsmittel zur Sicherstellung der Diagnose: Tabes werden.

II. Original-Vereinsberichte.

I. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 22. Februar 1884.

186) **Nothnagel:** *Einseitige Lähmung zahlreicher Gehirnnerven.*

Zu Beginn der Sitzung stellte Prof. Nothnagel den folgenden in pathologischer und diagnostischer Beziehung hoch interessanten Fall vor. Die Patientin, früher skrophulös, bekam im April v. J. linksseitigen Kopf- und Gesichtsschmerz, dann Ohrenfluss und Schwerhörigkeit an derselben Seite. Gegenwärtig fiebert die Kranke, wahrscheinlich in Folge von Lungentuberkulose. Ausserdem finden sich, ausschliesslich auf die linke Körperhälfte beschränkt, Zeichen von Erkrankung zahlreicher Hirnnerven. Der linke Hypoglossus ist paralytisch, die Zunge linkerseits atrophisch. Die Kranke ist kurzathmig, hochgradig heisser, fast aphonisch. Für die Betheiligung des Accessorius Willisii sprechen Parese und Atrophie des linken Sternocleidomastoideus und Cucullaris. Der erstere springt rechts deutlicher vor als links, auch die Fossa supraspinata ist rechts tiefer, endlich wird die linke Schulter weniger gehoben. Die Kranke verschluckt sich häufig, es ist mangelhafter Schluss der Glottis vorhanden; das linke Stimmband ist paralytisch und hochgradig atrophisch; während nirgends Ulzerationen vorhanden sind. Es ist eine Lähmung im Bereiche des Laryngeus inf. et sup., also der motorischen Aeste des Vagus zu konstatiren. Die linke Kehlkopfhälfte ist anästhetisch. Auf Erkrankung des Glossopharyngeus weisen Lähmung und Atrophie des linken Gaumensegels hin. Das Gaumensegel wird von verschiedenen Nerven innervirt; der Glossopharyngeus vermittelt aber auch den Geschmack; bei der galvanischen Prüfung ergab sich rechts Integrität, links an der unteren Zungenhälfte, bedeutende Verminderung des Geschmackes. Abgesehen von der eitrigen Mittelohrentzündung, besteht eine Affektion des linken Acusticus, wofür die Aufhebung der Kopfknochenleitung spricht, die durch Prof. Gruber festgestellt wurde. Der linke Facialis ist in allen Aesten paretisch. Der linke Mundwinkel steht tiefer als der rechte, die Stirne kann nur auf der einen Seite gerunzelt werden, es besteht Lagophthalmus links. Der linke Abducens ist paretisch. Im Trigeminusgebiet ist die linke Sklera anästhetisch, die linke Gesichtshälfte gleichfalls, aber bedeutend weniger, ferner Herabsetzung des Geschmackes im vorderen Theil der linken Zungenhälfte. Schmerzen hat die Kranke jetzt keine; vor 10 Monaten waren sie vorhanden; bezüglich der Portio minor. trig. scheint es, als ob sich die Muskeln weniger zusammenziehen. Vom Troch-

learis lässt sich nichts feststellen, Oculomotorius, Olfactorius und Opticus sind nicht gelähmt. Es ist aber Neuroretinitis ohne wesentliche Verminderung der Sehschärfe, links neuroparalytische Ophthalmie vorhanden. Im Bereiche der Extremitäten ist keine Lähmung, sie kann den Kopf nicht ordentlich nach hinten und vorne biegen, es besteht ein gewisser Grad von Nackenstarre und Schmerz in der Gegend der Halswirbel. Bei der Frage nach der Diagnose könnte die Krankheit aufgefasst werden als halbseitige Bulbärparalyse, von dieser aber abweichend durch die Läsion des ganzen Facialis, ferner durch die Betheiligung einer Reihe von Nerven, welche bei dieser intakt bleiben, des Accesses Will. Trigem. Abduc. und Acust. Man könnte nichtsdestoweniger eine Polioencephalitis am Boden des linken Ventrikels annehmen, besonders weil die Motilität nicht gänzlich aufgehoben ist. N. hat Bedenken gegen die Auffassung als cerebrale Affektion und meint, dass der Prozess sich an der Basis abspielt, zunächst weil der Reihe nach die motorischen und sensiblen Nerven affizirt sind, vor Allem aber wegen der Neuroretenitis, welche bei Bulbärparalyse nicht vorkömmt. Es kann sich also handeln um eine chronische Meningitis oder um einen Tumor; einen letzteren von solcher Ausdehnung, ohne zugleich Druck auf die Extremitäten auszuüben, könne man sich nicht vorstellen. Für einen entzündlichen Prozess an der Basis spricht erstens die Neuroretinitis, welche auch bei Meningitis vorkommt, ferner die Druckempfindlichkeit im Nacken und dass der Prozess mit Schmerzen in der linken Kopfhälfte begonnen hat. Es ist nicht mit Sicherheit möglich, die Diagnose zu stellen; wenn bei dem Falle, den Hofr. v. Bamberger im Vorjahre vorgestellt hat, Bulbärparalyse durch die Sektion nachgewiesen worden wäre, so hätte man hier Grund, dieselbe anzunehmen; so aber müsse man die Frage offen lassen, ob Meningitis oder ein der Bulbärparalyse analoger Fall vorliege (für die erstere spreche auch die vorhandene Tuberkulose).

Prof. Mauthner führt einen von Henry Power veröffentlichten Eall an, wo neben Stauungspapille Lähmung zahlreicher Hirnnerven bestand und die Sektion ein Neugebilde in den Hemisphären ergab. Die Hirnbasis war vollkommen frei, die Geschwulst hatte also nur durch Gegendruck gewirkt. M. P.

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 10. März 1884.

187) **Richter** (Dalldorf) sprach über *Anomalien der Rolando'schen Furche.* Meyer, Meynert und Rüdinger hätten auf das Zusammentreffen von mehr längs verlaufenden Furchen und Windungen bei Dolichocephalen und mehr quer verlaufenden bei Brachycephalen aufmerksam gemacht, bei Idioten träfe man diese Verhältnisse oft in ausgesprochener Weise an. Da Welcker den Einfluss des Gehirnes auf das Wachsthum der Schädelknochen nachgewiesen, so läge hier ein reciprokes Verhältniss vor. Die Gefässe verursachen ausnahmsweise Bildung von Furchen (Giacomini, Poggi). Mit der Lehre von der Wachsthumsenergie trage Wundt nichts zur Aufklärung der vorlie-

genden Verhältnisse bei. Jedenfalls käme bei harmonischem Zusammenwirken aller bekannten und unbekannten Momente, welche die Furchung bedingen, der Typus zu Stande, werde diese Harmonie gestört, so entstehe Atypie. Bei auffälligerer Atypie wäre man berechtigt, an Functionsstörungen zu denken. Das Interesse für die Rolando'sche Furche sei nicht sowohl ein entwicklungsgeschichtliches oder physiologisches als ein rein äusserliches gewesen. Die erste Ueberbrückung habe R. Wagner beschrieben. (Ueber die typischen Verschiedenheiten der Windungen der Hemisphären.) Darauf Feré, Heschel, Giacomini und Tonchini — Der Vortr. legt fünf Hemisphären mit Ueberbrückung der Rol. Furche vor. Bei der ersten (Paralytiker) lag sie tief unten, bei der zweiten (Geistesgesund) hoch oben, bei der dritten (Paralyt.) war die Rol. F. in der Mitte überbrückt und der untere abgetrennte Theil derselben communicirte mit der obersten Stirnfurche, bei der vierten (Idiotin) lag die Ueberbrückung im oberen Theile und der obere abgetrennte Theil der Rol. F. communicirte mit der ersten Stirnfurche, bei diesen beiden Hemisphären waren also zugleich Einkerbungen der vorderen Centralwindungen vorhanden. Die Bifurkationen der Rol. F. seien häufig. Vortr. demonstrirt ein Gehirn mit solchen (verbrecherische Epileptische), dessen Rol. Furchen sich noch dadurch auszeichnen, dass sie beiderseits lange Ausbuchtungen nach vorn haben. Hemisphären mit *drei* Centralwindungen und *zwei Centralfurchen* nennt der Vortr. gewaltsam gedeutet, er besässe in seiner Sammlung mehrere derartige Hemisphären. Wirkliche Communicationen zwischen Rol. und Sylvi'scher Furche habe er noch nie gesehen. Communicationen zwischen Rolando'scher Furche einerseits und Stirnfurchen oder der Interperietalis andererseits seien häufig. Die interessanteste der demonstrirten Hemisphären gehörte einem idiotischen Kinde an: sie zeigt *zwei* Ueberbrückungen der Rolando'schen Furche. Vortr. erklärt dies für ein unicum.

188) **Oppenheim** (Krankenvorstellung). Der Patient ist 32 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und ist bis vor $2^1/_2$ Jahren gesund gewesen. Damals empfand er ein Taubheitsgefühl und Kribbeln auf der ganzen rechten Körperhälfte, das auch in der Folgezeit bestehen blieb, aber sich im Wesentlichen auf den rechten Arm und die rechte Rumpfhälfte beschränkte. Ferner bemerkte er Unempfindlichkeit der r. und l. Oberextremität gegen Schmerz und Abstumpfung des Gefühls der unteren Partien des Gesichtes (beim Rasiren), und dass er kein rechtes Gefühl davon hatte, wenn er mit den Händen Eisstücke oder den warmen Ofen berührte. $^1/_2$ Jahr nach Beginn des Leidens wurde eine Atrophie der kleinen Handmuskeln der l. Hand beobachtet, die allmälig zunahm, verbunden mit Abschwächung der Kraft. Von Zeit zu Zeit entwickelten sich Bläschen von Kirschkerngrösse auf den beiden Endphalangen des 2. und 3. Fingers R., die platzten und schlecht heilende Geschwüre hinterliessen. Die wesentlichen Beschwerden sind gegenwärtig das „kalte Brennen“ in beiden oberen Extremitäten besonders R., sowie die Schwäche in der l. Hand. Die Untersuchung ergiebt:

1. Abstumpfung der Sensibilität in allen Qualitäten an beiden Ober-Extremitäten, Rumpf, Hals, Unterkiefergegend, Gesicht, Ohren, Hinterkopf und Scheitel. Diese Störung ist R. durchweg intensiver als L. Am meisten hat Schmerzgefühl und Temperatursinn gelitten. Intact ist nur das Muskelgefühl. Die Anästhesie ist am stärksten an den Händen, der faradische Pinsel erzeugt keine Schmerzempfindung.

2. Beide Hände und der untere Theil der Unterarme sind blauroth und kühl.

3. Der spat. inteross. I, der Daumenballen, Kleinfingerballen, weniger die übrigen der linken Hand sind abgeflacht (Entartungsreaction der betr. Muskeln). Stellung der Finger entspricht der Atrophie. Die Finger können nicht gespreizt werden.

4. An den Endphalangen des 2. und 3. Fingers l. kleine rundliche Narben. Keine Ataxie, keine Störung des Gesichts, Geruchs, Geschmacks und Gehörs und der Psyche. Die Unterextremitäten sind normal, die Kniephänomene gesteigert. Stuhl retardirt, Urinentleerung ungestört.

Es handelt sich um eine chronisch verlaufende Erkrankung des Rückenmarkes im Cervical- und Dorsaltheil, welche die den sensibelen, trophischen und vasomotorischen Functionen vorstehende Bahnen betrifft. Als wesentlich ergriffen ist die graue Substanz anzunehmen und zwar R. besonders die hinteren Parthien, L. sind die grauen Vordersäulen in Mitleidenschaft gezogen. Eine Affection der Vorderseitenstrangbahnen ist auszuschliessen. Ueber die Natur des Processes lassen sich nur Vermuthungen aufstellen. Vortr. erinnert an die grosse Aehnlichkeit dieses Krankheitbildes mit einigen anderen in der Literatur enthaltenen, in denen sich Syringomyelie fand.

189) **Oppenheim:** *Aetiologie der Tabes.* Die ätiologische Beziehung der Syphilis zur Tabes ist in jüngster Zeit von Erb mit grösster Entschiedenheit betont worden. Vortr. hat 86 Fälle von T. zusammengestellt, von denen 56 M., 30 W. sind. Syphilitische Infection jeder Art wird geleugnet und es feht anamnestisch wie diagnostisch jeder Hinweis auf S. in 51 Fällen. 9 mal hat ein ulcus molle längere oder kürzere Zeit vor Ausbruch der T. bestanden; in 11 Beobachtungen ein ulc. dur. ohne Secundärerscheinungen; in 6 Fällen wird Infection geleugnet, aber Aborte, Frühtod der Kinder machen sie wahrscheinlich. Nur in 9 Beobachtungen folgten der Primäraffection secundäre Erscheinungen, fast immer leichter Art, in einem derselben hat Reissen in den unteren Extr. schon 2 Jahre vor der Infection bestanden. Nur in einem Falle sind gegenwärtig Zeichen von constit. S. vorhanden. Des Vortr. Statistik spricht nicht zu Gunsten einer Entstehung aus geschlechtlichen Excessen.

Nachforschungen bezügl. der Heredität wurden in 50 Fällen angestellt und nur 5 mal konnte ein hereditäres Moment (im weitesten Sinne) constatirt werden.

Erkältung spielt eine grosse Rolle, seltener eine einmalige intensive als dauernde Einwirkung von Kälte und Nässe. Sehr häufig verbinden sich mit dieser Strapazen und diese werden oft als allei-

nige Ursache angeschuldigt. Einmal schloss sich eine Erkrankung des Nervensystems an ein Trauma an, die wesentlich unter dem Bilde der T. d. verlief, die sich aber bei der Autopsie nicht als reiner Fall grauer Degeneration darstellte. In einem Falle reihte sich an gastrische Symptome unmittelbar nach Leuchtgasvergiftung das Bild der Tabes. Unter 70 Patienten der syphilit. Abtheil. der Charité, deren Primäraffection mindestens 5 Jahre zurückliegt, fehlte nur bei einem das Kniephänomen ohne sonstige Tabessymptome. Mitergriffensein der Hirnnerven, bes. der Augenmuskelnerven, Ohnmachts- und apoplectiforme Anfälle werden ebenso oft bei nicht inficirten wie bei inficirten Tabischen gefunden, demnach ist anzunehmen, das eine Reihe verschiedener Ursachen, Erkältung, Strapazen, vielleicht auch Syphilis etc. und uns noch nicht bekannte Momente zu T. führen können, das Bild der T. giebt aber über die Ursache jedenfalls keinen Aufschluss.

In der Diskussion bemerkt Herr Bernhardt, dass er auffällig viel Syphilitische unter den Tabischen beobachtet habe. Herr Lewin dagegen schliesst sich dem Vortr. an. Er erwähnt den interessanten Fall eines syphilitisch inficirten Mannes der nach längerem Bewohnen eines mit arsenhaltigen Tapeten versehenen Zimmers Tabessymptome zeigte, die nach Entfernung der Tapeten völlig schwanden. Herr Westphal hält keine der bisher angeführten Ursachen für die wirkliche, diese seien noch unbekannt. Herr Remak berichtet, dass nach einer kürzlich erschienenen Zusammenstellung von 3400 Syphilitischen nur 290 nervenkrank und unter diesen 4% tabisch waren also 1% sämmtlicher. Herr Lewin hat unter 800 syphilitischen Frauen, von denen 5 zur Abtheilung für Nerven- oder Geisteskranke verlegt wurden, keinen Fall von Tabes gesehen. Der Schluss der Diskussion wurde auf die nächste Sitzung verschoben. Matusch (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

190) **Brocca:** Description élémentaire des Circonvolutions cérébrales de l'homme. (Die Hirnwindungen des Menschen.) (Revue d'Anthropologie 1883. 1. 2. 3. H. 1884. 1 H.)

Der bekannte französische Gelehrte hat bei seinem Tode ein unvollendetes Manuscript über die Grosshirnwindungen des Menschen zurückgelassen, welches sein Schüler Pozzi ein Wenig weiter geführt, aber nicht vollendet, zum Abdruck bringt.

Es kann natürlich auf die Einzelheiten dieser Arbeit hier unmöglich eingegangen werden; neben den normalen, typischen Verhältnissen des „schematischen Gehirnes" finden auch jene Varietäten, welche Broca gesehen hat, Erwähnung.

Obersteiner (Wien).

---

191) **Victor Rogner:** Ueber das Variiren der Grosshirnfurchen bei Lepus, Ovis und Sus. (Zeitschr. für wissenschaftliche Zoologie 39 B.)

Das Hauptergebniss dieser fleissigen Untersuchungen ist, dass die

Gehirnfurchen bei den untersuchten Thieren mannigfach variiren; diese Furchenvariationen sind aber Bildungen, denen eine tiefere Bedeutung als die einer gewöhnlichen Anomalie zukommt, weil sie augenscheinlich Uebergänge einer Form in die andere vermitteln.

Obersteiner (Wien).

---

192) **L. Luciani** (Florenz): Linee generali della fisiologia del cerveletto. (Physiologie des Kleinhirns.) (Pubblic. del R. It. di Stud. super. in Firenze 1884.)

Um die Folgen der Exstirpation des gesammten Kleinhirnes genau studiren zu können, muss ein möglichst hochstehendes Thier gewählt, und dieses längere Zeit nach der Operation am Leben erhalten werden. Luciani ist wohl der erste, dem es gelang einem Hunde das Kleihirn bis auf unbedeutende Reste des flocculus beiderseits und des vordersten Theiles des Oberwurmes vollständig zu entfernen und das Thier genau 8 Monate lang am Leben zu erhalten. Schon aus diesem Grunde muss die vorliegende Arbeit unser Interesse im hohen Grade in Anspruch nehmen. Es ist auch begreiflich, dass Luciani seiner Operationsmethode und alle angewandten Cauteln in eingehendster Weise bespricht.

In dieser Zeit von 8 Monaten, welche das Thier noch nach der Operation lebte, können leicht 3 Perioden auseinandergehalten werden.

1. Periode ungefähr 7 Wochen dauernd, umfasst die Zeit bis zur vollständigen Verheilung der Operationswunde. Ein grosser Theil der in dieser Zeit zu beobachtenden Symptome ist nicht auf den Mangel des Kleinhirns, sondern auf den traumatischen Eingriff der Operation überhaupt, sei es durch directe Reizung benachbarter Hirntheile oder aber durch eine indirecte mehr allgemeine Wirkung zurückzuführen. Diese Erscheinungen nehmen langsam ab, und schwinden endlich vollständig in der

2. Periode, welche beiläufig 4 Monate umfasst, und die vom Kleinhirn abhängigen Ausfallserscheinungen vollkommen rein erkennen lässt. Die wichtigste, wenn nicht die einzigste Erscheinung in dieser Zeit ist ein als *Ataxia cerebellaris* bekanntes Verhalten der Körpermusculatur. Es war aber durch eingehendes Studium der Bewegungen des operirten Thieres möglich, einen klaren Aufschluss über das eigentliche Wesen dieser Ataxie zu erlangen; besonders die Beobachtungen des Thieres beim Schwimmen, welche Bewegungen vollkommen correct ausgeführt wurden, erwies sich als lehrreich. Die cerebellare Ataxie ist nach L. weder durch mangelhaften Gleichgewichtssinn, noch durch gestörte Coordination der Muskeln hervorgerufen; sie ist vielmehr einzig und allein bedingt durch *mangelhaften Muskeltonus* und *unzureichende Energie,* mit welcher das Nervensystem die willkührlichen Muskeln beeinflusst.

Während der *3. Periode,* welche länger als 2 Monate bis zum Tode des Thieres dauerte, stellten sich neben einigen, durch rein äussere Bedingungen hervorgerufenen Symptomen auch solche ein, welche, wie die rasche Abmagerung des Thieres, nur auf die Klein-

hirnextirpation zurückzuführen sind. In dieser allgemeinen Dystrophie sieht Luciani die indirecten und entfernten Wirkungen der fehlenden cerebellaren Innervation. Obersteiner (Wien).

---

193) **M. Schiff** (Genf): Ueber die Functionen des Kleinhirns. Zweite vorläufige Mittheilung. (Plüg.'s Arch. f. d. ges. Physiolog. Bd. XXXII. 1883.)

Die erste vorläufige Mittheilung erschien 1858 in dem Lehrbuch der Nervenphysiologie pag. 355—357 des Verf.'s Seitdem hat derselbe vielfache Versuche an Säugethieren angestellt und gefunden, dass der Masse des Kleinhirns, auch abgesehen von dem Einflusse der einstrahlenden mittleren Schenkel, eine bestimmte Beziehung zu den meisten Körperbewegungen zukommt.

Die Bewegungsstörung, die man gewöhnlich, Mangel der Coordination bezeichnet, kann auftreten, wenn man eine ausgedehnte Verletzung an einer oder beiden Hemisphären anbringt, ohne Betheiligung des Wurmes, oder nur nach Läsion des letzten, oder einer Hemisphäre *und* des Wurmes. Die Störung ist nicht dauernd und offenbar Folge des traumatischen Reizes und fehlt bei ganz jungen Thieren. Ist aber die Wunde sehr nach der Seite ausgedehnt, so tritt Nystagmus und bei stärkerer Reizung Strabismus auf. Auch Rollbewegungen oder Verdrehungen der Wirbelsäule nach einer Seite können in den ersten Stunden vorhanden sein, wenn der (mittlere) Kleinhirnschenkel selbst interessirt ist. „Zwangsbewegungen" existiren überhaupt nicht und das Thier lässt die Rollbewegungen nur dann erkennen, wenn es zur Bewegung angetrieben wird. Reicht die Verletzung einer interpedunculären Stelle bis in's unterere Dritttheil des Kleinhirns oder gar bis in den 4. Ventrikel, so tritt dieselbe Bewegungsstörung bleibend auf; die Richtung der Bewegung ist nicht so bestimmt nach der weniger verletzten Seite hin, wie bei der Verwundung höher oben, wenn die Verletzung seitwärts in das Gebiet des Kleinhirnschenkels einstrahlt. Die Richtung ist stets entgegengesetzt derjenigen, welche dieselben Bewegungen nach Verletzung der Kleinhirnschenkel innehalten. Sind nun diese Bewewegungsstörungen in Wirklichkeit Coordinationsstörungen? Flourens' Ansichten sind folgende: Das Rückenmark verbindet die einzelnen Muskelbewegungen zu verschiedenen Gesammtbewegungen der Glieder, aber es kann nicht diese Gesammtbewegungen der Theile wechselseitig so verbinden, dass daraus bestimmte Bewegungsformen des Thierkörpers entstehen, wie Sprung, Flug, Laufen und selbst ruhiges Stehen; diese koordinirt das Kleinhirn, während das verlängerte Mark die respiratorischen Bewegungen, Schreien, Inspiration, Gähnen koordinirt. Bei den Versuchen Schiff's an Hunden, Katzen und Eichhörnchen zeigte sich aber, dass die Coordination — im Sinne von Flourens — immer vorhanden war. Es setzten sich z. B. zwei der zusammenwirkenden Extremitäten beim Laufen nahezu gleichzeitig und abwechselnd in Bewegung; der Kopf wurde, wenn er auch in beständigem Schütteln und Nicken sich nicht festzuhalten vermochte, doch in der Hauptrichtung richtig in die Höhe gehoben, wenn der Hund aufstehen, gehen, oder sich umsehen, er wurde gesenkt, wenn

er ausweichen wollte. Die Form und die Richtung der Einzelbewegung war nicht mehr die normale. Die Ursache der „titubation cerebelleusse“ wäre also in der Form der Bewegungen der einzelnen Extremitäten, in einem Factor, der nach Flourens gar nicht in die Competenz des Kleinhirns, sondern in die des Rückenmarkes fällt zu suchen.

Aus seinen Beobachtungen schliesst Verf. nun, dass die Aberration der Bewegungen auf verschiedene Muskelgruppen so mächtig ist, dass sie die Richtung einer beabsichtigten Bewegung auf's manigfaltigste umgestaltet. Je nach dem Momente, in welchem eine einfache Stützbewegung den Boden trifft, kann sie, vermöge einer gerade stattfindenden Aberration auf einen bestimmten Muskel, den Körper bald nach aussen, bald nach innen deviiren. Die beim Gang gleichzeitig in Thätigkeit tretenden Muskeln können dies in ganz verschiedener Weise thun, und so entsteht die anscheinend regellose Modificirung der Ortsbewegung bei verletztem Kleinhirn. Der Schwanz und der Kiefer nehmen an dieser Unregelmässigkeit nie Theil. In Betreff der Erklärung dieser Vorgänge ist die ältere Ansicht Budge's vom Kleinhirn wirke auf alle Bewegungsnerven eine Kraft, welche gewisse Irradationen der Bewegung hemme, zu verwerfen. Es müsste dann, wenn die Verletzung auf beide Kleinhirnhälften ausgedehnt würde, die Hemmung doppelt beschränkt sein, die Unregelmässigkeit der Bewegung noch viel grösser werden und nach völliger Entfernung des Kleinhirns die Zügellosigkeit ihr Maximum erreichen. Aber das Gegentheil ist der Fall. Bei ganz symmetrischen Verletzungen und Zerstörungen des Kleinhirns werden die sog. Coordinationsstörungen nicht gefunden. Zerstörung des ganzen Kleinhirns, wie sie auch von anderen Experimentatoren ausgeführt wurde (Luciani, Bianchi) rief nur eine Langsamkeit der Bewegungen und leichtere Ermüdung hervor. Verf. kommt schliesslich zu folgender Formel, die eine endgiltige Erklärung jedoch nicht darstellen soll:

„Im Kleinhirn liegen Apparate, welche alle bei einer complicirten Bewegung auftretenden Muskelactionen verstärken, sowohl die stärkeren Zusammenziehungen, welche die eigentlichen Bewegungen erzeugen, als die sehr viel schwächeren, welche nur Glieder und Gelenke fixiren und den Hebeln ihren Stützpunkt bereiten sollen, Zusammenziehungen, welche einzeln genommen, zu den eigentlichen locomotorischen Contraktioneu oft in einem antagonistischen Verhältniss stehen; diese Apparate sind zu beiden Seiten der Längsmittelebene mit einer „gewissen“ Symmetrie so angeordnet, dass erst durch das Zusammenwirken der beiden symmetrischen Organgruppen bei einer gewollten Bewegung das richtige und zweckmässige Kraftverhältniss der einzelnen Contraktionen hergestellt wird, dass aber bei einseitigem Ausfall unharmonische Zusammenziehungen eiuzelner Muskeln, die eigentlich im Vereine mit anderen nur *fixiren* und *nicht* bewegen sollten, die Richtung des Gliedes und damit die Richtung der normal begonnenen, aber an sich schon theilweise geschwächten Bewegung ändern.“

Goldstein (Aachen).

194) **W. Bechterew** (St. Petersburg): Zur Physiologie des Körpergleichgewichtes. (Die Function der centralen grauen Substanz des dritten Ventrikels.) (Pflüg.'s Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. XXXI. 1883.)

Die verschiedentlich in unserem Centralblatte über diesen Gegenstand vom Verf. mitgetheilten Ansichten sind hier in einer grösseren Arbeit zusammengefasst, welche gleichzeitig genauere Experimente und theoretische Deductionen bringt. Die Versuche an Fröschen lehren, dass ganz isolirte Zerstörung der Zweihügel bei denselben von keinen Bewegungsstörungen begleitet ist; letztere gelangen nur bei Verletzung tiefer liegender Theile zur Aeusserung; dass aber Durchschneidung der Hirnsubstanz oder Einstich bis an die Schädelbasis in der Gegend des 3. Ventrikels (in der Höhe der Sehhügel — also vor den Zweihügeln) schon von deutlichen Störungen des Körpergleichgewichtes begleitet ist und nicht selten die verschiedenartigsten Zwangsbewegungen und Zwangslagen hervorruft, die je nach Art und Grösse der angebrachten Läsion variiren.

Die Experimente an Vögeln — Hühnern und Tauben — lehren die bedeutsame Thatsache, die in Analogie mit den Experimenten an höheren Thieren steht, dass Verletzungen verschiedener Gegenden des 3. Ventrikels von ungleichen Erscheinungen begleitet werden. Verletzung eines vorderen Abschnittes rief Neigung nach vorn zu fallen und nicht selten auch Manège-Bewegungen in der Richtung der mehr verletzten Seite hervor, Läsion der hinteren Gegend, Rollung um die Queraxe des Körpers in der Richtung nach hinten; Verletzung des lateralen oder postero-lateralen Abschnittes dagegen werden von Rollbewegungen um die Längsaxe nach der unverletzten Seite hin begleitet. Die Section der gut gelungenen Versuche zeigte, dass die Sehhügel verschont waren und die Verletzung nur den Boden des 3. Ventrikels getroffen hatte.

Genauer sind die Ergebnisse der Zerstörung beim Hunde zu studiren. Bei diesen Thieren zeigte die Verletzung des vorderen Abschnittes der Ventrikelwand (vom recessus opticus aufwärts, längs der lamina cinerea) unmittelbar nach der Operation bei gleichmässig erweiterten und auf Lichtzeiz gut reagirenden Pupillen, eine Geradrichtung der Augäpfel in die Ferne oder eine geringe Divergenz, dazu einen geringen Nystagmus nach innen. Losgebunden beginnt das Thier zwecklose Laufbewegungen nach vorn.

Bei einigen Thieren sind damit Gleichgewichtsstörungen verbunden, indem sie beim Laufen bald auf die eine, bald auf die andere Seite stürzen. Nach 2—3 oder in seltenen Fällen nach 4—5 Tagen beginnen die zwangsweisen Laufbewegungen allmälich abzunehmen. Nystagmus und Augenablenkung waren schon in den ersten Stunden nach der Operation verschwunden.

Die Verletzung des vorderseitlichen Abschnittes des Ventrikels (vom Trichter aufwärts in der Richtung des Foramen Monroi) hatte unmittelbar nacher neben Erweiterung der entsprechenden Pupille laterale Augenablenkung nach der Seite der Verletzung und Nystagmus meist in entgegengesetzter Richtung zur Folge. Losgebunden dreht

das Thier sich sofort nach der verletzten Seite hin, schliesslich gehen die Kreisbewegungen in gradlinige über. Dann stellen sich zwangsweise Laufbewegungen nach vorn ein, schwächer wie die eben erwähnten und unterbrochen durch Kreisbewegungen. Letztere hören schon naeh 24 Stunden vollständig auf, während die zwangsweise Vorwärtsbewegung sich noch einige Tage, manchmal eine Woche lang, beobachten lässt.

Verletzung eines Seitenabschnittes der Ventrikelwand (auf der Strecke vom Trichter aufwärts bis zur commissura mollis) bedingt laterale Augenablenkung nach der verletzten Seite hin nebst deutlichem Nystagmus und zuckenden Bewegungen der Oberlider und Augenbrauen. Pupille an der verletzten Seite ist immer erweitert und reagirt nur auf indirecten Lichtreiz. Bei der Locomotion führt das Thier immer Kreis- oder Manègebewegungen nach der verletzten Seite hin aus. Später treten die von dem Umfange der Läsion in ihrer Intensität abhängigen Erscheinungen nur anfallsweise auf, bedingt durch äussere Reize. Diese Thire, welche nach der gesunden Seite hin taumeln und fallen, sind gar nicht im Stande auf der, der verletzten Hemisphäre entsprechenden Seite zu liegen.

Verletzung des hinteren Abschnittes der Ventrikelwand (auf der Strecke vom Trichter aufwärts bis zum Aquaeductus Sylvii) bedingt im Momente der Operation und sogleich nach derselben eine starke Convergenz der Augenaxen nach innen und unten und zugleich heftigen Nystagmus. Pupillen erweitert, Lichtreaction erhalten. Gleichzeitig offenbart das Thier Neigung, den Kopf nach hinten zu werfen. Es kann sich nicht auf den Füssen halten.

Verletzung des hinterseitlichen Abschnittes der Ventrikelwand (vom Trichter aufwärts in der Richtung einer Linie zwischen Aquaeductus Sylvii und dem hinteren inneren Theil des Sehhügels) hat in geringem Grade angebracht unmittelbar nachher eine Drehumg des Kopfes und Rumpfes um die Längsaxe nach der Seite der unverletzten Hemisphäre hin zur Folge. Das Auge der verletzten Seite dreht sich nach oben und aussen, das andere nach unten und innen. Pupille der verletzten Seite beinah ad maximum erweitert. Nystagmus. Anfänglich kann sich das Thier nicht auf den Füssen halten und nimmt eine Zwangslage auf der der gesunden Hemisphäre entsprechenden Seite ein. Später bestehen Neigung nach der verletzten Seite hin zu fallen und Kreisbewegungen in der Richtung der verletzten Seite.

Bei bedeutenden Verletzungen treten alle Erscheinungen in höherem Grade auf, es treten Rollbewegungen um die Längsaxe in der Richtung der gesunden Hemisphäre auf, ähnlich denjenigen bei Verletzung einer Olive oder bei einseitiger Durchschneidung der semicirculären Canäle, des acusticus, oder bei Läsion eines der Kleinhirnstiele; nur rollt bei Verletzung der Olive oder der halbcirkelförmigen Canäle das Thier nach der operirten und hier nach der gesunden Seite hin. Die Rollbewegungen hören erst oft nach Verlauf von mehreren Wochen auf.

Bilaterale Verletzung der seitlichen oder hinterseitlichen Abschnitte

der Ventrikelwand (Durchschneidung beider Hälften der centralen grauen Substanz in transversaler Richtung) hat bedeutende Erweiterung der Pupille nebst vollständigem Verlust oder Abnahme der Lichtreaction, horizontalen Nystagmus, Pendelbewegungen des Kopfes und Rumpfes und ausgeprägte Gleichgewichtsstörung zur Folge. Motorische Lähmungen kamen bei keinem der Experimente vor, ebensowenig litt die Gefühlsphäre. Durch Verschliessen der Augen wurden die Zwangsbewegungen anscheinend geschwächt. Sicher geschieht dies nach Abtragung beider Gehirnhemisphären in der Region der Stirn- und Scheitellappen.

Laufbewegungen sind von älteren und neueren Autoren, namentlich nach Verletzung der Streifenhügel beobachtet worden; die genauere Analyse ergibt jedoch, dass es sich dabei höchst wahrscheinlich um gleichzeitige Verletzung eines Theiles des vorderen Abschnittes der centralen Substanz des 3. Ventrikels gehandelt hat. Ebenso verhält es sich mit den sogenannten Manège- oder Kreisbewegungen. Auch bei diesen ist eine Nebenverletzung des anliegenden centralen Höhlengraus, am öftersten in der Nachbarschaft einer Seitenwand des 3. Ventrikels das Wahrscheinlichste. Reizung der Trichterregion des 3. Ventrikels mittelst des electr. Stromes bewirkte bei Reizung der rechten Hinterwand: das rechte Auge richtet sich nach unten und aussen, das linke nach oben und innen; die Pupille des rechten Auges verengert sich, convulsive Bewegungen des oberen Augenlides. Bei stärkerem Reiz Drehung von Kopf und Rumpf um die Längsaxe nach rechts, Streckung der linken Extremität. Bei Reizung der linken Seitenwand: das linke Auge richtet sich nach unten und aussen, das rechte nach oben und innen, die Pupille des linken Auges verengt sich; convulsive Bewegungen beider oberen Lider. Drehung von Kopf und Rumpf nach links. Bei Reizung der hinteren Wand: beide Augäpfel werden aufwärts gerichtet, die Pupillen deutlich verengt; krampfhafte Erhebung der oberen Lider und der Augenbrauen. Bei gleichzeitiger Reizung beider Seitenwände des Ventrikels dasselbe Resultat wie im vorhergehenden Falle. Ein reiner Effect der vorderen Wand war nicht zu erzielen; es gelang, deutliche Ablenkung der Augäpfel nach unten und innen wahrzunehmen. Ihrem Charakter nach sind die bei Reizung auftretender Bewegungen denen durch Zerstörung erzeugten sehr ähnlich, ihrer Richtung nach ihnen aber entgegengesetzt.

Im Allgemeinen ist hervorzuheben, dass die centrale graue Substanz des 3. Ventrikels ein Organ vorstellt, das in ähnlicher Beziehung zur Erhaltung des Körpergleichgewichtes steht, wie die halbcirkelförmiger Canäle und (nach den Versuchen des Verf.'s) die Oliven-Körper. Ganz ähnlich wie Goltz die Druckschwankungen der Lymphflüssigkeit für die halbcirkelförmigen Canäle heranzieht, müssen wir nach dem Verf. die Veränderung des Druckes der Flüssigkeit auf die Ventrikelwände, die bei Ortsveränderung statt hat, als Erregung der grauen Substanz ansehen. Für die Oliven hingegen muss man annehmen, dass die von der Peripherie des Körpers ausgehenden centripetalen Impulse unmittelbar zu den Gleichgewichtsorganen gelangen.

Durch folgendes Beispiel erläutert Verf. die gleichzeitige Betheiligung aller zum Körpergleichgewicht in Beziehung stehenden Organe: „Wenn unser Körper durch einen unerwarteten Stoss das Gleichgewicht z. B. nach rechts hin verliert, so entsteht eine Erregung in der linken Hälfte der centralen grauen Substanz und in den rechtsseitigen semicirculären Canälen in Folge der Inertion der in diesen Organen enthaltenen Flüssigkeit, gleichzeitig Erregung der r. Olive in Folge des grösseren Druckes, welcher bei Neigung des Körpers nach rechts von der Fläche der rechten Fusssuhle im Vergleich zur linken ertragen wird und vielleicht auch in Folge einer raschen Spannung der Muskeln und Bänder der rechten unteren Extremität. Diese Erregungen werden an das centrale Organ — das Kleinhirn — übermittelt, aus welchem dann Bewegungsimpulse zu den Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten erfolgen, die zur Ausgleichung des gestörten Gleichgewichts führen.“ Alle drei Gleichgewichtsorgane stehen nun zu einem unserer höheren Sinnesorgane in Beziehung — die halbcirkelförmige Canäle zum Gehörorgan, die Oliven zu den centripetalen Bahnen des Rückenmarks, die zur Leitung von Hautempfindungen dienen, das Höhlengrau zu dem Gesichtsorgan und zwar sind hier weniger die Gesichtseindrücke selbst, als die Veränderung in der Richtung der Augenaxe von Einfluss. Dieser Einfluss besteht in einer mechanischen Erschütterung der Ventrikelwand, hervorgerufen durch die Bewegung der Augäpfel und begleitet von schnellen Druckschwankungen der in den Ventrikelhöhlen befindlichen cerebrospinalen Flüssigkeit. Vollständig abhängig sind natürlich weder die halbcirkelförmigen Canäle noch das Höhlengrau des 3. Ventrikels von den entsprechenden Sinnesorganen, sie besitzen vielmehr eine gewisse Funktionsselbstständigkeit; nur die Olivenkörper des verlängerten Markes bedürfen wahrscheinlich zur Ausübung ihrer Funktion beständiger Reize, ausgehend von der Oberfläche des Körpers in Gestalt von Hautempfindungen.

Was schliesslich die klinischen Erfahrungen betrifft, so zählt Verf. einige bisher beobachtete Fälle auf, bei denen eine Betheiligung des 3. Ventrikels wahrscheinlich war und fügt zum Schlusse einen eigenen an. Die Erscheinungen, welche an dem Kranken beobachtet wurden, waren bilaterale Oculomotoriuslähmung, geringe Parese des r. Facialis, unsicherer, schwankender Gang. Taumeln nach rechts und links. Klagen über Schwindel. Sinnestäuschungen im Gesichts- und Gehörorgan. Kranker starb an Auszehrung. Section erwies Erweichung unter dem Aquaeductus Sylvii, sich erstreckend auf die hintere und hinterseitliche Gegend des tiefen Abschnittes des 3. Ventrikels.

Goldstein (Aachen).

---

195) **Sigmund Mayer** und **Alfred Pribram:** Studien über die Pupille. (Zeitschrift für Heilkunde. Bd. V. 1884.)

Sigmund Mayer hat bekanntlich das Procedere bei dem Kussmaul-Tenner'schen Versuche so abgeändert, dass es gelingt bei den Thieren das tödtliche Lungenödem zu vermeiden und sie mit einem Gehirn am Leben zu erhalten, das durch Ausschaltung seines Kreis-

laufes in absolut functionsunfähigen Zustand versetzt ist. Schon Kussmaul hatte bei seinen Thieren Verengerung der Pupille mit nachfolgender Erweiterung eintreten sehen, aber es war in der K.'schen Methode begründet, dass er nur die Erscheinungen an der Pupille zu Gesicht bekommen konnte, die nach Hirnarteriencompression von sehr kurzer Dauer und beim Wiedereinströmen des Blutes nach derselben auftreten. Nachdem das modificirte Verfahren so vielfach zu interessanten Resultaten geführt, war es selbstverständlich, dass sein Urheber es auch zum Studium der Pupillenveränderung benutzte. Die vorliegende Arbeit von M. und P. giebt das Erreichte wieder.

Ein Thier, dem man alle Hirnarterien abgeklemmt hat, und bei dem nach Ablauf der Reizerscheinungen am motor. Apparat künstliche Respiration eingeleitet wurde, verhält sich in folgender Weise: Der Kopf hängt wie ein todter Theil an dem noch lebenden Rumpfe. In dem letzteren pulsirt das Herz noch sehr kräftig; durch Reizung der Haut kann man energische Reflexbewegungen vom Rückenmark aus hervorrufen. Gleich nach der Abklemmung verengert sich die Pupille durch Reiz des Oculomotoriuscentrums, aber rasch erweitert sie sich wieder. Das letztere geschieht nicht durch Sympaticusreizung, denn es geschieht auch nach Ausschneiden des S., sondern durch die nun eintretende Oculomotoriuslähmung, wobei der Dilatator das Uebergewicht bekommt. Allmälig aber nimmt, auch wenn die Abklemmung bestehen bleibt, die Pupillenweite wieder ab. Da zu dieser Zeit Gehirn und Medulla oblongata absolut functionslos sind, so kann das nicht vom Oculomotoriuscentrum ausgehen. In einem Nachlass der Dilatatorcontraction kann diese Verengerung auch nicht ihren Grund haben, denn sie tritt auch bei Thieren ein, denen man schon vorhor den Sympathicus durchschnitten hatte. Wenn sie also weder auf eine Erregung verengender, noch auf eine Lähmung erweiternder Nerven geschoben werden kann, so bleibt nichts anderes übrig als in der Iris selbst die Bedinungen für die erwähnte Erscheinung aufzusuchen. Die Verf. discutiren nun die vorliegenden Möglichkeiten und kommen zum Resultate, dass es sich um eine *Contraction der muskulösen Elemente der Iris beim Absterben* handele. Die gegebene Erklärung (Begründung s. Orig.) steht im Einklange mit Erscheinungen, die wir auch an anderen Organen mit glatter Mnskulatur beobachten.

Aus diesen Versuchen ist für die Beurtheilung der Pupillenenge der wichtige Satz zu entnehmen: *Sehr starke Myosis kann zu Stande kommen unter Bedingungen, wo von einer Einwirkung des Oculomotorius oder des Sympathicus nicht die Rede sein kann.*

Schliesslich discutiren die Verfasser die Versuche von Budge, Luchsinger u. A., welche die Existenz eines Centrums iriserweiternder Fasern (zum Sympathicus) im Rückenmarke beweisen sollen. Sie wollen die bisher dafür erbrachten Beweise nicht als ausschlaggebend anerkennen. Trotzdem ist auch für sie die Existenz des Centrums ciliospinale ausser Frage und zwar erschliessen sie es daraus, dass nach absolutem Untergang der Hirnthätigkeit eine Pupille, die noch durch ihren Sympathicus mit dem Rückenmark zusammenhängt weiter

ist, als eine deren Nerv durchschnitten ist. Bei dem Aufhören der Hirnthätigkeit kann ihr dieser Reiz nur aus dem Rückenmark durch den Sympathicus zukommen. Edinger (Giessen).

---

196) **C. Wernicke** (Berlin): Ueber die motorische Sprachbahn und das Verhältniss der Aphasie zur Anarthrie. (I. Theil. Fortschritte der Medicin. 1884. Nro. 1.)

Als sichere Thatsache kann man annehmen, dass Zerstörung der sogenannten Broca'schen Windung stets die motorische Form der Aphasie, dass ebenso Zerstörung der linken ersten Schläfenwindung stets die sensorische Form der Aphasie zur Folge hat, während über die Localität der Leitungsaphasie das Erfahrungsmaterial ein unsicheres ist. Aber Aphasie braucht nicht immer durch Zerstörung der betreffenden Hirntheile zu Stande zu kommen; sie kommt auch als indirectes Herdsymptom, das sich gewöhnlich nach einiger Zeit wieder ausgleicht, vor. Nur bei gewissen Leitungsunterbrechungen bleibt der Defect ein dauernder. Es muss nun, so schloss Verf. schon früher, eine Bahn geben, die von der Broca'schen Windung aus zu den Ursprungskernen des Facialis, Hypoglossus, der Kehlkopf- und Athmungsnerven führt, die sog. motorische Sprachbahn, deren Durchbrechung in ihrem ganzen Querschnitte ebenfalls zur Aphasie führt. Eine wirkliche motor. Aphasie muss also auch bei Zerstörungen im Hirnschenkel und der linken Brückenhälfte beobachtet worden sein. Leyden wies nach, dass die hier resultirende Sprachstörung nicht aphasischen Charakters ist, sondern eine Störung der Artikulationsmechanik darstellt, die er *Anarthrie* nannte. Jener vollständigen Durchtrennung der motor. Sprachbahn kommt aber die vollständige Vernichtung der Nervenkerne gleich, und somit führt letztere ebenfalls zur wirklichen Aphasie, die gleichzeitig neben den peripheren doppelseitigen Lähmungen der betr. Nerven in die Erscheinung tritt. In den Fällen von apoplektiformer Bulbärparalyse ist gewöhnlich die traumatische Schädigung der Nervensubstanz so erheblich, dass eine wirkliche Aphasie resultirt. Dem Grad nach ist die Aphasie eine Steigerung der Anarthrie, der Zeit nach ein späteres Stadium derselben. Anarthrie muss die Folge solcher Läsionen sein, durch welche einzelne der zu ihren Nerven auseinander fahrenden Fasersysteme durchbrochen werden. Die nächste Station oberhalb der Kerne, wo die Theilung der Sprachbahn in ihre Fasersysteme statt findet, ist die Brücke, desshalb bedingen Herderkrankungen dieser Gegend gewöhnlich Anarthrie, da die Herde sehr gross sein müssen, wenn sie das gesammte Fasersystem durchbrechen sollen. Je höher nach oben wir kommen, desto mehr tritt der aphasische Charakter in den Vordergrund, und im Hirnschenkel sitzende Läsionen, wenn sie Sprachstörungen bedingen, pflegen gewöhnlich Aphasie im Gefolge zu haben. Wenn auch die motor. Sprachbahn nicht ausgedehnt genug ist, um partielle Läsionen zu gestatten, so muss man doch verschieden hohe Grade der Läsionen unterscheiden, Fälle, bei denen die Sprache in allen ihren Theilen gleichmässig er-

schwert erscheint. Hierher werden die Fälle zu rechnen sein, wo der Kranke mit aller Anstrengung einige Worte verständlich hervorbringt, wo die Bewegungen beim Sprechen mit Mühe ausgeführt werden, wieder auch wird die „ersterbende Sprache“, ferner die lallende Sprache mit kindlichem Gepräge und endlich die verlangsamte monotone, zugleich explosive Sprache gehören. Zur Anarthrie gehören diese Formen nicht. „Das Wesen dieser werden wir vielmehr in allem demjenigen zu suchen haben, was auf eine lokale Erkrankung der Bulbärnervenkerne oder der sie repäsentirenden abzweigenden Fasern der motor. Sprachbahn hinweist und hier ist die Ungleichmässigkeit, mit der die verschiedenen Merkmale bei der Sprachstörung betheiligt sind, ebenso ausschlaggebend, wie für die Leitungserschwerung der motor. Bahn ihre Gleichmässigkeit.“ Goldstein (Aachen).

---

197) **Jensen** (Allenberg): Ein Fall von Entwicklungshemmung in der motorischen Zone des Grosshirns. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIV. 3. p. 752.)

Eine bildungsunfähige, aber dressurfähige Idiotin, mit Sprachvermögen, epileptisch, ohne grobe motorische Störungen aber mit auffallender Analgesie starb im 35. Lebensjahre. Die Section ergab folgendes: Gehirngewicht (mit Häuten) 989 grm. Davon kommen auf die linke Hemisphäre 405, auf die rechte 412, Kleinhirn 118, Pons, Medulla, und ein Theil der Vierhügel 26, Häute 10 grm. (Differenz nach dem Zerschneiden 28 grm. Nach Abzug der Häute zeigte sich das Gehirn in auffallender Weise Windungs- und Furchen-arm; ebenso waren die Furchen abnorm flach. Die Stirnlappen hatten fast gar keine Furchung es fehlten der vordere Ast der Sylvischen Grube, die Prä- und Postcentralfurche, die untere Stirnfurche, die vordere und obere Grenzfurche der Insel. Die Centralfurche war nur angedeutet, die Schläfenfurchen waren atypisch. Bei Messung der Gesammtoberfläche (einschliesslich der in die Furche versenkten Rinde) erwiesen sich Stirnlappen um $5^1/_2{}^0/_0$, Scheitellappen um $4^1/_2{}^0/_0$ hinter der Norm zurückgeblieben.

Die Gesammtlänge aller Gehirnfurchen zeigte der Norm gegenüber ein Deficit von $45^0/_0$! Als ein theilweiser Ersatz der eingeschränkten Flächenausdehnung der grauen Substanz war dem Augenscheine nach die Dicke etwas übernormal. — Weil in keiner Gegend der Rinde ein absoluter Ausfall vorhanden war, hält Verf. es nicht für auffallend, dass trotz der bedeutenden allgemeinen Entwicklungshemmung gerade in der motorischen Zone keine groben Bewegungsstörungen bestanden. Er erklärt die vorhandene Ungeschicklichkeit daraus, dass der Pat. die Fähigkeit verloren ging ihre Functionen intellectuell zu verwerthen — analog den von Golz durch Abspülung der Rinde künstlich verblödeten Hunden. — Die vorhandenen epileptischen Krämpfen d. i. Ausdruck einer allgemeinen Irritabilität und Reflexerregbarkeit bringt Verf. in ursächlichen Zusammenhang mit der Annahme einer Insufficienz oder Energielosigkeit der Hemmungscentren der Grosshirnrinde.

Langreuter (Dalldorf).

---

198) **Lombroso:** Fossa occipitale mediana nelle razze umane e nei criminali. (Die mittlere Hinterhauptsgrube bei verschiedenen Menschenrassen und bei Verbrechern.) (Arch. di psychiatr. etc. Vol. IV. fasc. I. p. 504—507.)

Lombroso fand an 193 Schädeln von Verbrechern eine mittlere Hinterhauptsgrube bei 16 Procent, bei Geisteskranken 14 Procent, Romiti bei diesen 12 Procent, Peli allerdings nur 4,55 Procent, er hat aber nur eine kleine Zahl untersucht. An den Schädeln normaler Europäer kommt sie viel seltener vor, Romiti fand 5 Procent und Lombroso an 1320 Schädeln von bei Custozza gefallenen Soldaten 4,1 Procent.

Mit Unterstützung mehrerer Gelehrten war es L. möglich eine grosse Anzahl verschiedener Rassenschädel zu untersuchen, er fand bei prähistorischen Rassen 14,3, bei „sehr alten" 10,3, bei Hindu und Zigeunern 0,0, bei der „Gelben" Rasse (sowohl Mongolen als Malaien) 3,4, bei Semiten 14,2? bei „verschiedenen" 0,8? bei Australiern (Nigritier, Micronesier, Papuas etc) 1,5, bei Americanern 26,0, bei Negern 10,4, bei Europäern, wie früher erwähnt 4,1, Procent. L. glaubt daraus ableiten zu dürfen, dass die mittlere Hinterhauptsgrube bei niedrigstehenden Rassen um vieles häufiger vorkommt, als bei Europäer, daher bei diesen einen Atavismus bedeutet.

Leider hat L. sein Material weder nach der Verwandtschaft noch nach dem Culturgrade richtig gruppirt, und selbst wenn man bei seinen Gruppen bleibt, so ergeben sich Widersprüche mit seinen Deductionen. Die alten Aegypter, Etrusker, sowie einzelne der americanischen Rassen (viele Schädel stammen aus peruanischen Gräbern) haben es doch zu einer höheren Cultur gebracht als die Australier; und doch sind die alten Rassen mit 10,3 Procent, die Americaner mit 26,0 Procent verzeichnet, der höchsten Ziffer; die Australier hingegen mit 1,5 Procent wenn man von den wenigen (5) Hindu und Zigeuner absieht, der niedersten Ziffer.

L. constatirt dass das Os Ineae in ähnlicher Weise bei den verschiedenen Rassen verbreitet ist, wie die hintere Hinterhauptsgrube.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

199) **Hugo Beck** (Prag): Ueber ein Teratom der Hypophysis cerebri. (Zeitschrift für Heilkunde. IV. Bd. 1884.)

In der Leiche eines 74jährigen an Marasmus senilis verstorstorbenen Weibes fand sich an Stelle der Hypophysis eine wallnussgrosse Geschwulst, welche gegen die Schädelhöhle vorragte, die Sella turcica erweitert und das Chiasma abgeplattet hatte. Die genaue Untersuchung des Tumors ergab, dass sich in demselben neben Resten normaler Hypophysis-Gewebes (Vorder- und Hinterlappen) unter anderem auch Flimmerepithelien, Knochengewebe, knorpelähnliche Substanz und Zähne vorfanden. Diese Geschwulst ist kaum anders, als ein teratoides, auf foetaler Missbildung beruhendes Gebilde aufzufassen.

Obersteiner (Wien).

---

200) **Westphal** (Berlin): Nachtrag zu dem Aufsatze: Ueber eine dem Bilde der (multiplen)-cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund. (Arch. f. Psych. und Nervenkr. XIV. 3 p. 767.)

Als eclatante Bestätigung des Vorhandenseins obiger Erkrankung (s. d. Centralbl. Jahrg. 83 p. 321) theilt Verf. einen in einer Strassburger Inauguraldissertation im J. 76 *als multiple Sklerose* (ohne Sectionsbefund) beschriebenen Fall mit, bei dem nach einer Mittheilung Leyden's, die später gemachte Section *keinerlei* — weder makroscopische noch mikroscopische *Veränderung des Centralnervensystems* ergeben hat. — In den Schlussbemerkungen über die schwierige Differentialdiagnose zwischen den wahren und der Pseudo-Multiplen Sclerose hält Verf. für das bisher einzige auf wirkliche Degeneration des Centralnervensystems sichere Zeichen die Constatirung einer gleichzeitigen Atrophie des N. opticus. Langreuter (Dalldorf).

---

201) **Theodore Deecke:** Two Cases of Epilepsy, following Fracture of the Skull, with Authopsy and Remarks. (Zwei Fälle von Epilepsie nach Schädelbruch.) (American Journal of Insanity 1883. April.)

Die Epilepsie trat in dem einen Falle 7 Jahre, in dem andern 1 Jahr nach erlittenem Schädelbruche auf, die anfangs selteneren Anfälle häuften sich; bei beiden Kranken litten die geistigen Fähigkeiten beträchtlich. Der eine Kranke starb an eitriger Leptomeningitis, welche der vorgenommenen Trepanation sich anschloss, der andere im Status epilepticus. Bei beiden Patienten ergab der Obductionsbefund ausgedehnte porencephalische Processe in der linken Hemisphäre mit theilweisem Ergriffensein der motorischen Zone.

Karrer (Klingenmünster).

---

202) **Erb** (Heidelberg): Ueber Modificationen der partiellen Entartungsreaction und über das Vorkommen der chronischen Spinallähmung beim Kinde. (Neurolog. Centralbl. 1883 Nro. 8.)

E. theilt zunächst einen Fall mit, der dadurch von ganz besonderem Interesse ist, dass es die erste, wohl constatirte Beobachtung des Symptomenbildes der chronischen atrophischen Spinallähmung beim Kinde darstellt. Bei der 6 jährigen Clara Schellenberg stellten sich anfangs Juli 1882 Gehstörungen ein, ohne Klagen über Schmerzen. Der Status am 23. October 1882 ergibt hochgradige Schwäche der Beine, Gehstörung, bedingt durch complete Lähmung des ganzen Peronaeusgebietes beiderseits, complete Lähmung des rechten, fast complete Lähmung des linken Tibialisgebietes, Parese des m. quadriceps femoris und der Hüftgelenkbeuger beiderseits. Sensibilität vollkommen intact. Plantar- und Patellarreflexe fehlen beiderseits. Muskeln schlaff und weich. Beide Unterschenkel deutlich atrophisch. Electr. Untersuchung ergibt in den gelähmten Nerv-Muskelgebieten die Erscheinungen der partiellen Entartungsreaction. Charakteristisch eigenthümlich ist, dass nicht blos bei direkter *galvanischer* Reizung des Muskels die bekannte träge Zuckung erscheint, sondern auch bei direkter *faradischer* Reizung derselben und ganz be-

sonders aber bei jeder Art der Reizung vom Nerven aus; also auch die neuromuskuläre Zuckung erscheint träge und zwar auch bei galvanischer Reizung. Der weitere Verlauf des Falles war ein günstiger. Im November zeigten sich die ersten Spuren wiederkehrender Motilität im linken Peronaeusgebiete, im Dezbr. waren die Patellarreflexe links deutlich vorhanden. Die Muskeln wurden praller und fester. In Betreff der Diagnose ist es wohl ausser Zweifel, dass hier ein Fall einer chronisch-atrophischen Spinallähmung vorlag.

Als Bestätigung und Ergänzung hierzu wird ein Fall einer rheumatischen Lähmung des n. radialis bei einem 40 jährigen Lumpensammler und die Mittelform einer rheumatischen Facialislähmung bei einem 57 jährigen Aufwärter mitgetheilt. Allen Fällen gemeinsam ist die partielle Entartungsreaction. Ausserdem haben bei allen Fällen die Zuckungen vom Nerven aus einen ausgesprochenen trägen, tonischen Charakter und ferner erfolgt bei directer faradischer Reizung des Muskels eine exquisit träge Zuckung.

Erb schlägt statt des von E. Remak eingeführten, nicht ganz ausreichenden Ausdrucks, „faradische Entartungsreaction“ den Namen „partielle Entartungsreaction mit indirekter Zuckungsträgheit“ vor.

Goldstein (Aachen).

---

203) **F. Müller** (Graz): Diagnose und Therapie der Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung des Initialstadiums. (Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1884. I. Heft.)

In grossen Zügen ist hier ein anschauliches Bild dieser Krankheit entworfen und sind die neueren, üblichen Heilmittel übersichtlich mitgetheilt. Dem Leser werden praktische, differentiell-diagnostische Sätze vorgeführt und es wird ihm begreiflich gemacht, dass zwar die wohl constatirten Fälle von Heilung selten sind, aber doch, namentlich im Initialstadium, vieles geschehen kann, um den anatomischen Process in seiner Entwicklung zu hemmen. Wir beschränken uns hier darauf, mitzutheilen, dass der Verf. seit 3 Jahren günstige Wirkung von der Combination des Silbernitrats mit secal. cornut. gesehen hat. Weniger günstig scheinen seine Fälle verlaufen zu sein, die er mit Innunctionen von Quecksilber und Jodkali behandelte. Nur in einem Falle erzielte er Erfolg, in mehreren Verschlimmerung. Wir pflichten ihm nach unseren Erfahrungen darin nicht bei, nur da eine antiluetische Behandlung vorzunehmen, wo noch manifeste Zeichen von Syphilis vorhanden sind, sondern erachten es als unbedingt indicirt, dies in jedem Falle zu thun, wo die Antecedentien auf frühere Lues hinweisen.

Bei der electrischen Behandlung verbindet Verf. die Rückenmarks-Galvanisation mit der Bulbär-Galvanisation. Die Nervendehnung betrachtet er als ad acta gelegt.

Bei der Besprechung der einzelnen Symptome werden in Kurzem die bekannten Medicamente vorgeführt. Mit Recht rühmt Verf. die Ausspülung der Blase mit 2—5% Rosorcin- oder 3% Kalichloricum-Lösung bei Katarrhen. Etwas seltsam nimmt sich die Furcht vor Chlorkaliumvergiftung in $2^1/_2$% Lösung 2 stündl. 1 Esslöffel voll bei leichten Katarrhen aus.

Goldstein (Aachen).

---

204) **A. Pitres:** Sur quelques troubles vasomoteurs et secretoires qui peuvent survenir au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. (Journal de medicine de Bordeaux. Jan. 1884.)

Durch Strauss, Lépine, Pieret, Putnam, Ollivier u. A. haben wir Störungen im Gebiete der vasomotorischen und sekretorischen Nerven kennen gelernt, die im Laufe der Tabes auftreten können.

Von Strauss wurden *Erchymosen* bei Tabikern beschrieben die *auf der Haut der Glieder im Gefolge heftiger lancinirender Schmerzen* auftreten.

Zwei neue wohl beobachtete hierher gehörige Fälle bringt Pitres bei. In beiden ist ohne jede Spur von Trauma nach solchen Schmerzen eine grosse Ecchymose auf dem Oberschenkel resp. dem Vorderarm sichtbar geworden. Im zweiten Falle waren übrigens keine ataktischen Erscheinungen vorhanden, nur die lancinirenden Schmerzen und das Fehlen der Patellarreflexe wiesen auf Tabes hin.

Störungen der Schweisssekretion bei Tabes wurden von Ollivier und Anderen signalisirt. Ein neuer von Pitres mitgetheilter Fall von typischer Tabes mit beginnender Sehnervenatrophie zeigt *Hyperhidrosis* an den Füssen und Unterschenkeln. Im ganzen hat Verf. bislang fünfmal solch lokales Schwitzen bei Tabikern gesehen.

Von der bei solchen Kranken beschriebenen (Charcot u. A.) *Vermehrung der Magensaftabsonderung* hat P. keinen typischen Fall gesehen, wohl aber sah er zweimal wässriges resp. galliges Erbrechen, das nüchtern auftrat, als erstes Zeichen einer Tabes debutiren. Magenschmerzen waren in dem einen genauer mitgetheilten Falle nicht vorhanden.

Speichelfluss bei Tabikern ist ziemlich selten, kommt aber vor und äussert sich dann in förmlichen Anfällen, zwischen denen dann Ruhetage liegen können. Ein von P. mitgetheilter Fall ist auch noch, nebenbei gesagt, anderseitig von Interesse. Der Kranke litt schon 2 Jahre an den lancinirenden Schmerzen, als er sich mit einem richtigen harten Schanker inficirte, hatte also eine sicher nicht auf syphilitischer Basis beruhende Tabes. Edinger (Giessen).

---

205) **L. Löwenfeld** (München): Neuropathologische Mittheilungen. Zur Casuistik der transitorischen Aphasien. (Aerztl. Intellignzbl. 1883. Nr. 29.)

1. Eine 41 Jahre alte Ausgehersfrau trat wegen Platzangst in die Behandlung von L. Sie war von Jugend auf von nervöser Constitution. Sie erzählt, dass sie im October 1881 morgens $4^3/_4$ Uhr, als sie aufgestanden und sich gleich darauf wieder gelegt habe, im Begriffe einzuschlafen, das Gefühl hatte, als ob etwas Lebendes unter ihrem Bette sich bewege und dasselbe in die Höhe hebe. Sie erschrack heftig und konnte sich mit ihrem Manne nicht unterhalten, war aber im Kopfe völlig klar, konnte umhergehen. Auch einzelne Wörter konnte sie nicht finden. Gegen 9 Uhr war sie wieder völlig im Bereich der Sprache.

2. Dr. med. J. W., Sanitätsdirektor in aegyptischen Diensten,

kam wegen Myelitis transversa in L.'s Behandlung. Im Bereiche der Hirnnerven bestand keine Störung. Der Besuch eines Freundes, welcher aufregende Nachrichten brachte, rief plötzlich einen Anfall von Aphasie hervor.

Pat. versuchte sich in verschiedenen Sprachen auszudrücken, aber es ging nicht. Es war ein unverständliches Wortgemengsel. Auch schriftlich gab er Unverständliches, wenn auch mit fester, correkter Schrift von sich. Er war sich seiner Situation bewusst. Die beiden Hände waren wachsfarben und kalt, die Nägel völlig farblos, wie bei einer Leiche, Gesicht auffallend blass und collabirt, Puls klein und frequenter als normal. Der Anfall dauerte $1^1/_2$ Stunden. Später noch 2 Anfälle. Statt Rückenmark sagte er Rückenhirn, statt Medulla oblongata, med. oblangota. Naehdem er eine grössere Quantität Urin gelassen, erfuhr sein Zustand eine plötzliche Aenderung. Er sprach wieder fliessend.

Für den ersten Fall schliesst Verf. eine Hemmungswirkung im centralen Apparate deswegen aus, weil die Aphasie nicht im unmittelbaren Anschlusse an den erlittenen Schrecken, sondern eine kurze Zeit später auftrat. Er nimmt einen vorübergehenden Gefässkrampf als Ursache der Sprachstörung an. Bei den in der Literatur mitgetheilten Fällen von längerdauernden Schreckaphasieen ist wohl ebenfalls Gefässkrampf als Ursache zu supponiren, nur muss man annehmen, dass sich leichte Ernährungsstörungen der betr. Gehirnparthien daranschliessen.

Auch für den zweiten Fall ist die Annahme eines Arterienkrampfes zu machen; die exquisite Blutleere der Hände und die Blässe des Gesichtes sprechen ebenfalls dafür. Nur beschränkte sich, wie in Fall 1 die Ischämie nicht auf das sprachliche Hemisphärengebiet, eine geringe allgemeine Hirnanämie muss noch nebenher bestanden haben. Solche transitorischen, durch eine Circulationsstörung bedingten Sprachstörungen sind bislang am häufigsten bei Hemicranie beobachtet. In Betreff der Prognose derselben muss man aber bedenken, dass nachdem sie längere Zeit ihre transitorische Natur bewahrt haben, nach Charcot's Erfahrungen sie auch *dauernd* verbleiben können.

Goldstein (Aachen).

---

206) **M. Rosenthal** (Wien): Zur Behandlung nervöser Cardialgien. (Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1883. X. Heft.)

Bei Neurasthenikern, die an nervösen Cardialgien leiden, helfen subcutane Morphiuminjectionen nur vorübergehend, während die methodische Behandlung mittels Bromalkalien sich auf's beste bewährt hat. Bromnatrium (2—4 Grm. pro dosi) früh und abends, muss Wochen und Monate hindurch gebraucht werden. In Verbindung mit Bicarbon. sodae wird es gut vertragen. Auch in den Formen von Hyperästhesie der Magenschleimhaut — der nervösen Anorexie — wirken $^1/_2$—1 Grm. vor jeder Mahlzeit günstig auf die neuralgischen Schmerzen, nebenbei ist gegen die Anämie Ferr. pyrophosphorum cum. natr. citrico anzuwenden. Ferner ist Bromnatrium bei den Cardialgien und dyspeptischen Be-

schwerden der Schulmädchen, bei der juvenilen Anämie und Pubertäts-Chlorose neben dem Gebrauch von Eisen angezeigt. Bei schwächlichen Personen wurde Ferr. peptonat. subcutan applicirt. Bei den gastrischen Krisen, welche die Tabes ankündigen, empfiehlt sich eine symptomatische Behandlung; im Beginn längerer Application eines mit Wasser von 40—50° C. gefüllten Kautschuckschlauches an der Hals- und oberen Brustwirbelsäule, später Morphiuminjectionen. Auch die electrische Rehandlung (Anodenwirkung auf die schmerzhafte Stelle am Epigastrium), sowie eine vorsichtig angewandte, individualisirende Hpdrotherapie sind in vielen Fällen von nervöser Cardialgie von Nutzen.

Goldstein (Aachen).

---

207) **Max Weiss** (Wien): Ueber die Anwendungsweise des Atropin bei Epilepsie. (Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1883. VI. Heft.)

W. rühmt die Wirkung des Atropin in 2 mitgetheilten Fällen von Epilepsie; bei beiden war die traumatische Entstehungsursache wahrscheinlich. Ebenso bei dem von Leidesdorf erwähnten Fall, während eine Beobachtung von Windelschmidt in das Gebiet der Hystero-Epilepsie fiel. Weiss glaubt, dass in allen Epilepsieformen Atropin von Erfolg sei; nur müssten Dosen angewandt werden, welche leichte Intoxicationserscheinungen hervorrufen, 4—5 Milgrm. pro die.

Goldstein (Aachen).

---

208) **Maccabruni:** Una famiglia di suicidi. (Eine Familie von Selbstmördern.) (Arch. di psychiatr. Vol. IV., fasc. 1, p. 429—440, 1883.).

Der Verf. erzählt die Geschichte einer jener Familien, deren Mitglieder wie durch ein unwiderstehliches Fatum zum Selbstmord gedrängt werden. Der Vater starb durch Selbstmord 62 Jahre alt, die Mutter lange vorher eines natürlichen Todes. Der 1. Sohn ist gesund, der 2. starb durch Selbstmord 22 (28?) Jahre alt, die 1. Tochter ebenso 26 Jahre alt. Der 3. Sohn consultirte einen Irrenarzt, weil er von einem unüberwindlichen Hang zu Selbstmord geplagt werde, dem er bisher nur aus Rücksicht auf seine Frau widerstehen konnte. Der 4. Sohn wurde in America ermordet, dessen Sohn starb durch Selbstmord im Alter von 17 Jahren. Der 5. Sohn endete durch Selbstmord die 2. Tochter lebt noch.

Es fehlten alle jene Ursachen, durch die gewöhnlich ein Selbstmord erklärt wird. Weder missliche pecuniäre Verhältnisse, noch heftige Leidenschaften, noch unheilbare Krankheiten kamen vor, die psychischen Veränderungen die der That vorausgingen waren wenig auffallend, ja selbst von der Ascendenz ist ein ähnlicher krankhafter Trieb nicht bekannt. Hingegen scheint ausser der Verwandtschaft auch noch die Nachahmungssucht mitgewirkt zu haben.

Der 2. Sohn eröffnete den Reigen, ihm folgte die Tochter nach wenigen Monaten, 4 Jahre später der 5. Sohn, nach weiteren 4 Jahren der Vater, den Tag nachem er die Geschäfte dem überlebenden Sohne übergeben hatte. Die Tochter vergiftete sich mit Phosphor, alle übrigen erschossen sich mit *derselben* Pistole. 12 Jahre später endete

der 17 jährige Enkel, dessen Section hat der Verf. beigewohnt, und glaubt aus dem Befunde folgende Punkte hervorheben zu sollen. Im Schädel: 1. Ossa Wormii zahlreich, 2. Foramina mastoidea erweitert, 3. übergrosse Brachycephalie. Im Gehirne: 1. Die Stirnwindungen klein, vorne verschmolzen, 2. die hintere Centralwindung verdoppelt, 3. der Occipitallappen verkleinert, 4. die motorische Zone übermässig entwickelt. Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

209) The Rights of the Insane. (Rechtschutz der Geisteskranken.) (Redactionsbericht im American Journal of Insanity. April 1883.)

Der Artikel ist eine Widerlegung einer gleicherweise betitelten Schrift des Herrn Clark Bell, Präsident der gerichtlich-medicinischen Societät in New-York, die von den auch bei uns zu Lande bekannten Vorwürfen über Freiheitsberaubung etc. wie sie z. B. noch vor 2 Jahren in einem Artikel der „Allgemeinen Zeitung“ standen, erfüllt ist. Karrer (Klingenmünster).

---

210) **Stephen Smith** (New-York): Remarks on the Lunacy Laws of the State of New-York, as regards the Provision for Commitment and Discharge of the Insane. (Bemerkungen über die Irrengesetze des Staates New-York mit Rücksicht auf die Aufnahme und Entlassung der Kranken.) (American Journal of Insanity. Juli 1883.)

Der Aufsatz enthält eine gedrängte Uebersicht über die Geschichte der Irrengesetzgebung des Staates New-York und eine Besprechung von für Verbesserung der Gesetze gemachten Vorschlägen. Die Gesetze sind dem Muster der englischen nachgebildet, Verf. kommt zu dem Schlusse, dass zum Wohle der Kranken bezüglich der Aufnahme sowohl wie der Entlassung weniger gesetzliche Beschränkung erforderlich sei. Auf die Einzelheiten der Vorschläge einzugehen würde zu weit führen. (Ref.) Karrer (Klingenmünster).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Dalldorf bei Berlin, Volontairarzt, sofort, 600 Mark, freie Station. 2) Stephansfeld, Assistenzarzt, 900 M., freie Station. 3) Leubus (Schlesien), Volontairarzt, M. 1050, fr. Stat. 4) Saargemünd, II. Assistenzarzt, 1000 M. Anfangsgehalt, fr. Stat. 5) Klingenmünster, II. Hilfsarzt, 1200 M., Verpfl I. Classe. 6) Schwetz, Assistenzarzt, 1. Mai, 1500 M. fr. Stat. 7) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg) i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Gummersbach (Köln), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Besetzte Stellen. St. Gilgenberg, II. Arzt. Obernigk, Assistenzarzt, Herr Dr. Simon aus Cöln. Eichberg, 3. Hilfsarzt, Herr Dr. Ackermann aus Weimar. Dalldorf, Oberarzt, Herr Dr. Moeli aus Berlin.

Ernennungen. San.-Rath Dr. Meyer, Director der Irrenanstalt zu Osnabrück und San.-Rath Dr. Beckhaus, Kreisphysicus zu Bielefeld zu Geheimen Sanitätsräthen. Dr. Schulz, Kreisphysicus in Coblenz zum Sanitätsrath.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **15. April 1884.** **Nro. 8.**

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. Berliner medicinische Gesellschaft.

II. Referate und Kritiken. Ranney: Bau und Functionen des Kleinhirns. Andreps und Cybulski: Ein Beitrag zur Physiologie des Nervus phrenicus. Trinitatski: Bau und Abstammung der Sandkörperchen in Neubildungen und ihre physiologischen Prototypen in plexu chorioideo et gl. thymo. Meazulewitsch: Die Veränderungen des Rückenmarks bei der Hundepest. Vierordt: Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis. Löwenfeld: Ueber Erb's Mittelform der chronischen Poliomyelitis anterior. Semon: Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior (recurrens). Rott: Bemerkung zu Zenker's „Mittheilung über eine bisher nicht beschriebene Beschäftigungsneurose." Glaeser: Mittheilungen von der ersten Abtheilung der medicin. Station des Hamburger allg. Krankenhauses. Wiebe: Einige Fälle von therapeutischer Anwendung des Hypnotismus. Selenkow: Ein Fall von Tetanus traumaticus mit Ausgang in Genesung. Mayer: Zur Casuistik und Behandlung des Tetanus traumaticus. Hinze: Beitrag zur Behandlung der Hysterie. Siemens: Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Irren. Mabille: Heilung einseitiger durch äussere Veranlassung entstandener Gehörstäuschungen. Quinquand: Psychisch-nervöse Störungen nach Variola. Descourtis: Muskelkraft der Paralytiker. Fusier: Heilung von Geistesstörung nach einem Asthma. Bartens: Ueber den Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf der Geistesstörung. Jentritza: Fall von Verschlucken eines 10 Ctm. langen Drahtes mit Ausgang in Genesung. Wide: Verschlucken von Nähnadeln. Hurd: The minor treatment of Insane Patients. Andrews: Der Mörder S. Frage ob temporäre Geistesstörung. Folsom: Case of Charle F. Freeman. Goldsmith: Ein Fall von Moral Insanity. Wiglesworth: Die Pathologie der Manie. Tigges: Die Zählung der Epileptischen in Mecklenburg-Schwerin im Jahre 1882. Fischer: Ueber die sogenannte photographische Gleichheit aller Irreseinsanfälle bei demselben Epileptiker.

III. Aus den Vereinen. I. Academie des Sciences zu Paris. II. Société médicale des Hopitaux zu Paris. III. Société de Biologie zu Paris. IV. Société medico-psychologique zu Paris

IV. Tagesgeschichte. Aus Holland Aus Baden. **V. Personalien.**

I. Original-Vereinsbericht.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. April 1884.

211) Herr **Mendel** spricht über *Hysterie bei Männern:* Nach einleitenden Bemerkungen über das Geschmacklose und Unzutreffende des Namens „Hysterie" überhaupt, nachdem auch von Gynäcologen der ätiologische Zusammenhang zwischen Uterinleiden und dem bekannten Symptomenbilde als höchst zweifelhaft anerkannt ist, schildert Vortr. den schädlichen Einfluss, den die irrthümliche Ansicht auf die Therapie

ausgeübt hat. Betreffs der Erklärung und Auffassung der Hysterie kommt er zu dem Schlusse, dass man eben noch auf dem Standpunkt Sydenham's sich befände, der nur von einer Proteus-artigen functionellen Krankheit des Nervensystems sprach. Von dieser Definition ausgehend könne man den Namen Hysterie auch auf ein gleichartiges *bei Männern* vorkommendes Krankheitsbild übertragen. Solcher Fälle seien von den Franzosen (Briquet, Petit und Féré) im Lauf der letzten 25 Jahre sehr zahlreiche mitgetheilt, von Deutschen weniger beobachtet worden. Vortr. macht dann folgende 2 *Mittheilungen:* Ein jetzt 10 jähriger Knabe, dessen Grossmutter mütterlicherseits epileptisch war, dessen Vater und Mutter sehr nervös sind, erkrankte (nachdem er früher häufig an Intestinalcatarrhen gelitten) im Winter 1880/81 an einer Neuralgie des Trigeminus, die sich fast über den ganzen Körper ausdehnte. In der Folge stellte sich choreatische Muskelunruhe, zugleich psychische Trägkeit und launenhaftes Wesen, sowie Enuresis ein. Nach einer Remission sämmtlicher Symptome trat im Winter 1881/82 hartnäckiges Erbrechen, Kopfschmerz und Amblyopie auf, sodass der Verdacht eines schweren organischen Gehirnleidens nahe lag. Nachdem indess alles dies bis auf eine gewisse Launenhaftigkeit des Charakters geschwunden war, wurden im August 1884 tonische Krämpfe mit erhaltenem Bewusstsein, die immer Abends um 7 Uhr eintraten, beobachtet. Daran schlossen sich nach ca. 14 Tagen mehrstündige Anfälle von Bewusstseinsverlust, einhergehend mit Schüttelkrämpfen, Schreikrämpfen, Hallucinationen und tobsüchtiger Erregung. Die in dem einen Anfall abgebrochene Scene setzte das Kind mit derselben Handlung in dem folgenden fort, sodass also 2 *Arten von intermittirenden Bewusstseinszuständen, gleichsam 2 Leben*, vorhanden waren. An diese täglich 1 oder mehrmals sich wiederholenden Anfälle schloss sich innerhalb einiger Wochen (meist vorübergehend) an: rechtsseitige Amaurose, linksseitige Amaurose, Parese des rechten Arms, Anästhesie der r. Vola manus, allgem. Hyperästhesie. Nachdem alle Medication (faradischer Strom, Einwickelungen) erfolglos geblieben war, trat nach Aufnahme des Knaben in eine Anstalt plötzliche Heilung ein, die abgesehen von einer gewissen Launenhaftigkeit, fortbesteht. — Derartige Krankheitserscheinungen, die weder als Chorea noch als Epilepsie gedeutet werden könnten, kämen bei *Frauen in allen Lebensaltern*, bei *Männern fast nur zur Pubertätszeit* vor. Besonders interessant seien dabei die Zustände von *doppeltem Bewusstsein*, die oft so ausgeprägt seien, dass selbst die Erinnerung nur immer für die verflossenen gleichartigen Phasen vorhanden sei.

Der 2. *Fall von Hysterie* betrifft einen 43 jährigen Damenschneider, der aus einer „etwas eigenartigen Familie" stammend, früher einen launenhaften und weibischen Charakter hatte. Vor 8 Jahre trat bei demselben plötzlich Paraplegie der untern Extrem. ein, die sich nach längerer Bettlage im Verlauf von 6 Monaten besserte. Vor 4 Jahren derselbe Zustand von 3 monatlicher Dauer. Im August 1882 entwickelte sich ziemlich rapide der Symptomencomplex der spastischen Spinalparalyse, doch verschwanden im Laufe des November alle spastischen Erscheinungen. Nach einigen Monaten heftiger Schmerz im

r. Fussgelenk von $^3/_4$ jähriger Dauer, dann bellender Husten, — 3 Monate lang — alles ohne objectiven Befund. Jetzt besteht noch Globus-Gefühl und Schmerzpunkte in der r. regio iliaca und epigastrica, ferner zwischen den Schulterblättern und über der Sagittalnaht.

Bei der nun folgenden generellen Erörterung der Einzelsymptome bespricht Vortr. zunächst die „*Schmerzpunkte*“ bei Frauen *Ovarie* genannt. Daraus, dass dieselben auch bei den meisten hysterischen Männern beständen, könne man schliessen, dass sie mit den Ovarien nichts zu thun hätten (Charcot), vielmehr seien sie am zwanglosesten als *Muskelschmerzen* zu deuten. *Anästhesien* seien bei der Hysterie der Männer selten, *Paraplegien* häufig; die eigenthümliche Erscheinung der pseudo-spastischen Spinalparalyse sei von Charcot bei hysterischen Frauen, dagegen bei Männern — abgesehen von dem erwähnten Fall — noch nicht beobachtet worden. Betreffs der *Aetiologie* misst Vortr. der *hereditären Belastung* grosse Bedeutung zu, dabei spiele indess die *Nachahmung* keine kleine Rolle. Die Onanie sei nicht als Grund der Hysterie bei Männern, sondern, wenn sie dabei vorkäme, als weiteres Zeichen neuropathischer Veranlagung aufzufassen. *Schreck* und *Angst* (Abiturientenexamen) bildeten eine häufige Veranlassung. Viele Fälle der von den Engländern beschriebenen Railway-spine gehörten höchstwahrscheinlich unter Hysterie. In den Schlussbemerkungen über *Diagnose* und *Therapie* hebt der Vortr. hervor, dass bei der Hysterie der Männer oft eine schwere Erkrankung des Centralnervensystems irrthümlich angenommen werde. Eine eventuelle Constatirung der *characteristischen Schmerzpunkte* hätte darum *grosse Bedeutung.* Die Unterscheidung von Hypochondrie sei leicht. *Therapeutisch* sei die Versetzung in Anstaltsbehandlung durchaus erforderlich und fast immer wirksam. Einschüchterung und Strenge wirke schädlich, Bromkali und Compression der Hoden (Charcot) nütze nichts.

In den sich an den Vortrag anschliessenden Discussion bemerkt Landau, dass er die *Ovarie* nicht für Muskelschmerz, sondern für *Visceralneuralgie* halte. Die Schmerzen, das Symptom eines centralen Leidens würde an die Stelle das Ovarium projicirt, sie könnten fortbestehen, auch wenn letzteres exstirpirt sei. Bei einer von ihm beobachteten *hemianästhetischen* (auch in Bezug auf Muskeln!) Person konnte man Ovarie an der anästhetischen Seite beobachten, an derselben wurde nach Exstirpation des Ovariums nichts geändert. — Ein Analogon bei Männern sei der „irritable testis“ der englischen Autoren. Dieselben kommen auch ohne Hysterie mit denselben Symptomen bei Männern vor, mit welchen die Ovarie bei Weibern beobachtet werden.

Ewald erwähnt, dass er häufig *Schmerzpunkte* bei der sog. *nervösen Dyspepsie* constatirt habe und zwar im Epigastrium, in der Nabelgegend und in der Verbindungslinie zwischen den beiden Spin. sup. ossis. ilei. Er hielte sie nicht für Muskelschmerz, sondern für eine Störung im sympatischen Geflecht. (Durch Burkart längst bekannt. Red.)

Senator glaubt, dass viele Fälle von *Neurasthenie* unter Hysterie gehören. Er theilt dann die Krankheitsgeschichte eines 11jähr. Knaben mit, der nach einer das kindliche Gemüth stark erregenden Jagd auf dem Gute seiner Eltern an Hysterie erkrankte. Ein- oder

mehrmals täglich auftretende Anfälle von tobsüchtiger Erregung, Zuckungen, Umsichschlagen, Bellen unter theilweise geschwundenem Bewusstsein. Druckpunkte auf beiden Scheitelbeinhöckern von äusserster Schmerzhaftigkeit. Heilung einige Tage nach der Hospitalaufnahme.

Remak hat häufiger derartige Anfälle gesehen, einen derselben durch Choc (rasche Einführung einer Schlundsonde) geheilt. Er fragt, ob einer der Versammelten das Bild der typischen Charcot'schen Hysteria ovarica bei Männern beobachtet habe, glaubt nicht, dass solche Fälle in der Literatur bekannt sind.

Die Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 9. April 1884.

In einer zur Sache gehörigen besonderen Krankenvorstellung demonstrirt Landau 3 Fälle von hysterischen Frauen. Der erste betrifft die von ihm in der vorigen Sitzung erwähnte Hemianästhesie mit gleichzeitiger Ovarie s. o. Dazu hatte sich bei demselben Individuum in letzter Zeit Anästhesie des unteren Theils auch der andern Körperhälfte mit einem der Stelle der gewöhnlichen Ovarie entsprechenden, aber von einer Wanderniere herrührendem Schmerzpunkte gesellt. Im 2. Falle handelt es sich ebenfalls um eine trotz Exstirpation des Ovarium fortbestehende Ovarie, im 3. um eine Ovarie, wieder trotz gleichseitiger Hemianästhesie. Alle 3 Krankheitsgeschichten sprächen *gegen Muskelschmerz.*

Fürstenheim theilt seine Erfahrungen über *schmerzhafte Sensationen* in Hoden, Harnröhre, Prostata etc. (ohne jeden objectiven Befund) mit, entstanden durch übermässigen Geschlechtsgenuss, durch unatürliche Befriedigung oder auch durch übertriebene Abstinenz. Im Gefolge daran habe er häufig hysterische Erscheinungen beobachtet. Oft seien auch sowohl *Hypochondrie* und *Hysterie* die Folge von organischen Veränderungen z. B. Prostata-Entzündungen, Verstopfung der ductus ejaculatorii.

Natansohn referirt über einen jetzt seit 9 Jahren von ihm beobachteten Fall, wo *Ovarie* zugleich mit einer deutlichen *Vergrösserung* des betr. Ovarium bestände. Jeder Druck auf das Ovarium rief einen heftigen hysterischen Anfall hervor und sei Vortr. der Ansicht, dass der Schmerz von der patholog. Veränderung des Organs abhängig sei.

Baginsky hat in seiner Kinderpraxis oft hysterische Attaquen sowohl bei Knaben als bei Mädchen gesehn. Die gewöhnlichsten Erscheinungen seien: *Gelenkneurosen, nervöses Erbrechen* und *krampfartige Respirationsstörungen* — alles übrigens bei Mädchen häufiger als bei Knaben. In den meisten Fällen sei die Mutter hysterisch, Entfernung von derselben bilde die Grundregel der Therapie.

Landau betont (gegen Herrn Natansohn) noch einmal, dass er die von ihm demonstirten Fälle so auffasse, dass die Ovarie eine Theilerscheinung des central bedingten Schmerzes sei.

Remak befindet sich mit dem Vorredner in Uebereinstimmung und hält die Ansichten des Herrn Natansohn wegen ihrer practischen Consequenzen für gefährlich.

In seinen *Schlussworten* bestreitet Herr Mendel, dass die Landau'schen Fälle zur definitiven Deutung der Schmerzpunkte

herangezogen werden könnten; die Ursache müsse in suspenso gelassen werden, für ihn sei die Erklärung „als Muskelschmerz“ immer noch die plausibelste. Auf die Frage Remak's constatirt er, dass allerdings bei seinen Fällen Schmerzhaftigkeit der Hoden mit einem der hysterischen Ovarie der Weibar analogen Bilde verbunden gewesen sei' Gegen Herrn Fürstenheim bemerkt M., dass es sich in vielen von dessen Fällen bei organischer Veränderung des Genitalapparates) um Hypochondrie gehandelt haben möge, zieht aber seine Bemerkung zurück, als Herr F. ausdrücklich angiebt, dass er im Einzelnen immer Hysterie und Hypochondrie unterschieden habe.

Langreuter (Dalldorf).

II. Referate und Kritiken.

212) **Ambrose L. Ranney** (New-York): The architecture and functions of the cerebellum. (Bau und Functionen des Kleinhirns.)
(The medic. Rec. vom 27. Octbr. u. 3. Novbr. 1883.)

Nachdem Verf. kurz die gröberen anatomischen Verhältnisse des Kleinhirns auseinandergesetzt, geht er auf die feinere, von der Textur der Grosshirnrinde wesentlich abweichende *Structur der Kleinhirnrinde* über. Sie besteht aus 3 (grauen) Lagen, deren *äussere* aus zumeist rechtwinklig zur Oberfläche verlaufenden, zum grössten Theile die Fortsetzung der Zellenfortsäzte der mittlern Lage bildenden Fasern, sowie aus kleinen und gleichfalls mit jenen sogen. Purkinje'schen Zellen zusammenhängenden, grössern Zellen besteht. Diese für das Kleinhirn allein charakteristischen Purkinje'schen Zellen, welche die *mittlere* Lage bilden, liegen mit ihrer langen Axe rechtwinklig zur freien Oberfläche und schicken ausser jenen in der äussern Lage sich vielfach verästelnden Fortsätzen freie, nicht getheilte zur *innern* Rindenlage, wo sich einige wahrscheinlich direct in die Axencylinder der die Markpartien bildenden Nervenfasern fortsetzen. Der Hauptbestandtheil dieser innern Lage sind granula-ähnliche, gruppenweise in einer gelatinösen Substanz gelagerte, rund oder eckige, kernhaltige Zellchen, deren Fortsätze sich mit den Plexus benachbarter Nervenfasern verbinden. — Die *centrale weisse (medulläre) Substanz* des Kleinhirns besteht aus parallelen oder sich durcheinander schiebenden, schräg zur Rinde verlaufenden Faserbündeln, deren Endigungen noch nicht genau bekannt sind. Die Fasern des *obern Kleinhirnstiel's* (process. cerebelli ad cerebr.) lassen sich bis auf einige theils vorbeiziehende, theils direct zur weissen Substanz des proc. vermiform. gehende in das Innere des nucl. dentat. genannten grauen Centralmasse verfolgen, dieselben zum Theil wahrscheinlich auf ihrem Wege zur Rinde einfach durchziehend, zum Theil sich mit den in ihr liegenden Zellen verbindend, um dann schliesslich irgendwo in der Rinde zu endigen. Die Fasern des *mittlern Kleinhirnstiel's* (proc. cerebell. ad pontem) gehen vom Pons in 2 Hauptbündeln in die Seitentheile der weissen Kleinhirnsubstanz; das eine (obere) derselben enthält die

obern Transversalfasern des Pons, das andere (untere) die untern nebst denen des *unteren Kleinhirnstieles* (proc. cerebell. ad medull.). Während jenes schräg abwärts zu den seitlichen und vordern Theilen der medullären Centren der Hemisphären zieht, geht dies nach seiner Vereinigung mit den Fasern des corp. restiform. theils zum nucl. dent., theils über denselben (als semicirculäre Fasern — Stilling) sich hinwegkrümmend zum obern Theile jener Centren und des proc. vermiform. Endlich beschreibt Stilling noch die *Commissuralfasern*, die theils, sich in der Mittellinie des Kleinhirns kreuzend, die beiden Hemisphären, theils einseitig bleibend, die einzelnen Lamina der Kleinhirnrinde mit einander verbinden. Man kann hiernach im Kleinhirn 3 Projectionssysteme unterscheiden: 1. die Fasern des innern verbinden die Rinde mit dem nucl. dent. derselben Hemisphäre, der Olive, dem rothen Kern des Tegmentum (graue Masse über den corpor. quadrig.), der vordern grauen Substanz des entgegengesetzten pons; 2. die des mittlern verbinden die erwähnten grauen Massen mit der grauen Substanz des Rk.'s; 3. die des äussern liegen eingeschlossen in der durch die Spinalnerven vermittelten Ausbreitung der centralen grauen Substanz zu der Körperperipherie. Am wenigsten fest steht noch die Einrichtung des mittleren Projectionssystems; wahrscheinlich empfängt das Kleinhirn von dem Rkm. sensible Fasern und gibt motorische, mit den motorischen Theilen der crura, des pons, der medulla etc. zusammenhängende an dasselbe ab. Erstere kommen wahrscheinlich aus den Goll'schen Strängen (Endigung im nucl. clav.), den Burdach'schen Säulen (Endigung im nucl. triangul.) den jene beiden nucl. mit der Olive derselben Seite verbindenden Fasern, der directen Kleinhirnseitenstrangbahn, den mit dem n. acust. und vielleicht auch mit der sensiblen Wurzel des n. trigem. zusammenhängenden Fasern. Von den motorischen Fasern verlaufen die einen im proc. cerebelli ad cerebr., verbinden 1. den nucl. dent. und die Kleinhirnrinde mit dem corpus striat. und stehen zugleich mit dem rothen Kern des Tegment. resp. einiger seiner Nervenzellen in Verbindung; andere verbinden 2. die rothen Kerne des Tegm. 3. die Oliven, 4. die vordere graue Substanz des pons mit den (grauen) Vorderhörnern des Rm.'s.

Verf. gibt sodann eine detaillirte Beschreibung der die 3 Kleinhirnstiele zusammensetzende Theile und ihre Verbindungen mit andern Hirnpartien, sagt, dass Fasern des n. acustic. bis in's Kleinhirn verfolgt werden können (was rücksichtlich der sensibeln Wurzel des n. Trigem. (Spitzka), sowie des 3. 4. und 10. Hirnnerven gleichfalls wahrscheinlich, aber noch nicht definitiv bewiesen sei) und erläutert endlich die *Functionen des Kleinhirs*, über die noch vielfache Widersprüche herrschen. Nach Flourens besitzt dasselbe weder Sensibilität noch Erregbarkeit, während nach Budge durch Reizung desselben Bewegungen der Testikel, des Uterus, Magens, Oesophagus etc. hervorgerufen werden. Die meisten Autoren stimmen darin überein, dass es grossen Einfluss auf die Coordination der Muskelbewegungen habe; wenn gleichwohl in vielen bezüglichen pathologischen Fällen (Andral) solche Coordinationsstörungen nicht da waren, so erklärt

sich dies nach Nothnagel daraus, dass die cerebellare Ataxie, welche übrigens meist die Arme frei lässt und in liegender Stellung des Kranken fehlt, nur von intensiven Affectionen des obern Wurmfortsatzes abhängt. Die eigenthümlich vielgestaltige Symptomatologie der Erkrankungen des Klsinhirns folgt zum Theil aus seiner anatomischen Lage; so entstehen die bei ihnen so häufig beobachteten Gesichtsstörungen jedenfalls durch Druck auf die corp. genicul. oder quadrigem. etc., cordiale Störungen, plötzlichen Tod u. s. w. durch Druck auf die Ursprungskerne des n. vagus etc. Der bei Kleinhirnerkrankungen so oft vorhandene Hinterhauptschmerz lässt sich mit der Flourens'schen Lehre von der Unempfindlichkeit des Kleinhirns schwer vereinigen. Ob dasselbe mit den Fortpflanzungsorganen in functionellem Zusammenhange steht, ist höchst zweifelhaft. Mitschell (und ähnlich auch Luys) betrachtet das Kleinhirn als den Ort wo zu Gunsten des sich etwa erschöpfenden Grosshirns Nervenkraft aufgestapelt liegt. Dass dasselbe in innigem Zusammenhange mit den Basalganglien steht, ist durch physiologische Versuche (Purkinjé, Hitzig) bewiesen. Im Uebrigen wissen wir um so weniger etwas Genaues über die Functionen des Kleinhirns, als sich die verschiedenen Beobachter oft widersprechen; dies gilt namentlich von den Bewegungsstörungen. Verf. führt hierbei die von Spencer u. A. vorgetragene Theorie, dass die „continuirliche tonische Muskelcontraction" vom Grosshirn abhänge, als sehr plausibel an; sodann erwähnt er die vom anatomischen Standpunkte aus sehr gerechtfertigte Ansicht Bechterew's, dass das Kleinhirn in innigem Zusammenhang stehe mit 3 dem Gleichgewicht dienenden Organen: den halbzirkelförmigen Kanälen (n. acustic.), der grauen Masse im Boden des 3. Ventrikels (Gesichtssinn), der grauen Olivenmasse (tactile Sensibilität); schliesslich gibt er eine kurze Auseinadersetzung der von Spitzka (cfr. unser Referat in diesem Blatte, Jahrgang 1881, pag. 487, in dem es beiläufig statt Meerschweinchen Meerschwein (Fisch) heissen muss) aufgestellten Lehren. Voigt (Oeynhausen).

---

213) **R. v. Anrep** und **N. Cybulski** (St. Petersburg): Ein Beitrag zur Physiologie des Nervus phrenicus. (Pflüg.'s Arch. 1884 XXXIII. S. 243.)

Verff. haben nachgewiesen, dass der N. phrenicus sensible Fasern enthält, was schon von Henle vermuthet worden.

Eine schwache und kurzdauernde Reizung des centralen Endes bedingt eine geringe Beschleunigung der Respiration, eine starke anfangs Beschleunigung, dann Verlangsamung und Vertiefung, bisweilen exspiratorischen Stillstand.

Die Blutdruckscurve zeigt bei Reizung des centralen Schnittendes bei verschiedenen Thieren eine Reihe periodischer wellenförmiger Schwankungen, die sogen. Traube-Hering'schen Wellen. Dieser Erfolg der Reizung war stets unter den allerverschiedensten Umständen derselbe. Nothwendig zum Zustandekommen der Erscheinung ist nur die Erhaltung der functionellen Thätigkeit des vasomotorischen Centrums. Auch durch Reizung anderer sensibler Nerven konnten Verff. die Traube-Hering-

'schen Wellen hervorrufen, jedoch nur unter bestimmten Umständen, Ermüdung des Thieres, starke anhaltende Reizung und zudem inconstant. Der Puls wurde verlangsamt. Buch (Helsingfors).

214) **Al. Trinitatski:** Bau und Abstammung der Sandkörperchen in Neubildungen und ihre physiologischen Prototypen in plexu chorioideo et gl. thymo. (Diss. Inaug. St. Petersburg 1883. 8°. 45 S.) (russisch.)

Verf. resumirt seine unter Leitung von Prof. Klein in Moscau und Prof. Iwanowski in St. Petersburg angestellten Untersuchungen folgendermassen.

1. Die concentr. Körperchen in Plexus chorioideus entwickeln sich bisweilen aus der Grundsubstanz der Bindegewebskörperchen hauptsächlich aber auf Kosten der Blutgefässe und zwar auf zweierlei Art:

a) Entweder tritt zunächst colloide Entartung in den Gefässwänden auf; ihr hyperplastisches Endothel geht dieselbe Veränderung ein, so dass ein Gefässabschnitt sich in eine homogene Kugel oder Cylinder verwandelt, aus welchem sich das concentrische Körperchen bildet.

b) Oder aber es findet die colloide Degeneration, wenn überhaupt, so nur in unbedeutendem Grade statt. Solche concentrische Körperchen lassen nach Entziehung des Kalkes deutlich ihren Ursprung erkennen. Buch (Helsingfors).

215) **Meazulewitsch:** Die Veränderungen des Rückenmarks bei der Hundepest. (Inaug.-Diss. St. Petersburg 1883. 8°. 33 S. 1 Tafel.) (russisch.)

Bei dieser mit Zuckungen, epileptiformen Krämpfen, Paresen, Lähmungen einhergehenden Krankheit fand Verf. folgende Veränderungen:

1. Bei der acuten Form giebt das Rückenmark das Bild der acuten Myelitis im exsudativen Stadium, ausgedrückt durch Hyperämie und Veränderungen der Gefässwände; den Gefässen entlang sind im oberen Drittel des Rückenmarks Exsudate zu beobachten, doch auch im interstitiellen Gewebe der grauen Substanz.

2. Bei der chronischen Form zeigt das Rückenmark die Erscheinungen der chronischen interstitiellen Myelitis in der unteren Hälfte des Lendentheils sowie Atrophie der Nervenfasern in der oberen Hälfte des Kreuztheils.

3. Die chronische interstitielle Myelitis zeigt sich als herdförmige Entzündung hauptsächlich in der unteren Hälfte des Lendentheils, erstreckt sich aber auch, je nach der Krankheitsdauer, mehr oder weniger nach oben. Buch (Helsingfors).

216) **Oswald Vierordt** (Leipzig): Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis. (Arch f. Psych. und Nervenkr. XIV. 3 p. 678.)

Von dem klinischen Bilde des ausführlich dargestellten Falles giebt Verf. selbst folgende Uebersicht: „Ein mit beginnender Phthise

behaftetes syphilitisches Mädchen erkrankt im Anschluss an eine starke Erkältung, mit Schwäche und Taubheit in den unteren Extremitäten, mit Gelenkschmerzen. Die Schwäche in den unteren Extremitäten nimmt rasch zu, combinirt sich mit rapider, diffuser Atrophie; es schliesst sich Schwäche und Atrophie der oberen Extremitäten an. Electrisch findet sich 4 Wochen nach dem Beginne theils complete, theils partielle E. R. Es kommt in den Beinen zu completer, in den Armen zu nahezu completer Lähmung. — Im Verlaufe sehr geringe spontane Schmerzen, aber hochgradige Hyperästhesie der Haut und wohl auch der Muskeln; deutliche, aber im Vergleich zur motorisch trophischen Affection relativ mässige Herabsetzung der Tastempfindung. — Die Lähmung ergreift die Rumpfmuskulatur, das Zwergfell; der Puls wird sehr frequent. — Allmählig hochgradige Prostration, Delirien Incontinenz, Decubitus; Oedem der Extremitäten. — In den letzten Tagen etwas Fieber. — Fünf Monate nach Beginn der Erkrankung Exitus letalis."

Speziell ist noch hervorzuheben: Das Vorwiegen der Extensorenlähmung, die Zwergfell- und Herz-Affection, ferner dass die Lokalisation der Sensibilitätsstörung durchaus nicht den Gebieten der peripheren Nerven entsprach. Die Diagnose war mit grösster Wahrscheinlichkeit auf multiple Neuritis gestellt. — Dem entsprach der Sektionsbefund: Es fand sich in sämmtlichen untersuchten peripheren Nerven hochgradige Degeneration in allen möglichen Stadien. Ausserdem war der Vagus an der Degeneration betheiligt. Die betheiligten Muskeln boten das Bild der Atrophie und Verfettung. — Die zugleich vorhandenen Veränderungen im Gehirn und Rückenmark, bestehend in geringfügigen Blutaustritten in den grossen Ganglien sowie in Formveränderung *einzelner* Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Halstheiles glaubt Verf. mit Recht zur Erklärung des klinischen Bildes nicht in Betrag ziehen zu sollen.

Im Anschluss an diese Darstellung erwähnt Verf. noch 2 Fälle seiner Beobachtung, wo bei 2 Phthisikern die im Leben verdächtige Symptome der Neuritis geboten hatten, der pathologisch-anatomische Befund die in Frage kommende Degeneration zweifellos bot. Es ergeben damit sämmtliche bisher bekannt gewordene Fälle von multipler Neuritis eine Combination mit Tuberkulose. Die Schlusserörterungen Vierordt's betreffs einer eventuellen infectiösen Ursache der noch wenig bekannten Nervenkrankheit verdienen desshalb alle Beachtung. —

Langreuter (Dalldorf).

---

217) **Löwenfeld** (München): Ueber Erb's Mittelform der chronischen Poliomyelitis anterior. (D. med. Wochenschr. 4. 1884.)

In Rücksicht auf die vielfach verwandten Symptomencomplexe der Poliomyelitis, Polyneuritis und Polymyositis hält es Verf. für nothwendig, die von Erb unter obiger Bezeichnung beschriebene Krankheitsform einer erneuten Prüfung auf ihre anatomische Grundlage hin zu unterwerfen. Es geschieht dies an 2 Fällen eigner Beobachtung, die dem betreffenden Krankheitsbilde entsprechen und die Annahme

Erb's, dass es sich hierbei um eine Poliomyelitis handelt, insofern stützen, als sowohl Polyneuritis wie Myositis ausgeschlossen werden kann.

1. Bei einem bis dahin gesunden Mann tritt in Folge nach einer bedeutenden Anstrengung der Beine (vielleicht auch Erkältung) eine langsam zur Parese sich steigernde Schwäche im rechten Beine auf, zu welcher sich allmälig auch Atrophie der Muskulatur gesellt. Später geringerer Schwächezustand mit Atrophie am linken Beine. Alles ohne nennenswerthe Störung des Allgemeinbefindens. Kniephänomen rechts schwach, links sehr lebhaft, später rechts fehlend, links sehr schwach. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Schmerzen. Blase nur einmal vorübergehend betheiligt, sonst ebenso wie Mastdarm normal. Keine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Muskeln, keine Beschränkung der motorischen und trophischen Störungen auf das Gebiet bestimmter Nerven. Galvanische und faradische Erregbarkeit der Nerven erhalten, an den Muskeln z. Th. deutliche Ea R. (z. Th. nur geringere Erregbarkeitsveränderungen) auf *beide* Stromesarten. Langsame Besserung nach etwa 2 Monaten.

2. 59 jähr. Mann. Nach einer Ueberanstrengung und Erkältung zunächst Uebelkeit, Schweiss, Erbrechen, Schwäche in den Beinen, die langsam zunimmt, sich aber ebensowenig wie im ersten Fall zur Lähmung ausbildet. Neigung des Kopfes nach vorn zu sinken (Schwächezustand der Strecker der Lendenwirbelsäule und der Beckenmuskeln). Nicht sehr rasch fortschreitende Atrophie, keine fibrillären Zuckungen. Partielle Ea R. keine Sensationsstörungen an den betreffenden Theilen. Blase und Mastdarm intact. Kniephänome beiderseits intact. Nach 3 monatlicher electrischer Behandlung geringe Besserung.

17 Jahre vorher hatte eine ähnliche Erkrankung stattgefunden, die eine bestimmte Deutung ob Poliomyelitis oder Polyneuritis nachträglich nicht zuliess. $1^1/_2$ Jahr vorher hatte Pat. einen apoplect. Insult mit leichter linkss. Hemiplegie erlitten, die sich aber nach 3 Wochen wieder verloren hatte. Die letzte Erkrankung sieht Verf. in Rücksicht auf das Wohlbefinden des Pat. in der Zwischenzeit als eine selbstständige Poliomyelitis ant. (Mittelform) an.

Kron (Berlin).

218) **Felix Semon** (London): Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior (recurrens).
(Berl. kl. W. 1883. p. 709.)

In der vorliegenden Arbeit vertheidigt Verf. seine bereits früher ausgesprochene Ansicht, dass bei organischen Erkrankungen der Centren oder der Stämme der motorischen Kehlkopfnerven die Erweiterer der Glottis zuerst leiden. Langreuter (Dalldorf).

219) **Emanuel Rott** (Belgard): Bemerkung zu Zenker's „Mittheilung über eine bisher nicht beschriebene Beschäftigungsneurose."
(Berl. kl. W. 1883. p. 715.)

Es werden 2 den Zenker'schen Fällen (ref. in Nro. 1 d. Centralbl. Jahrg. 1884) ähnliche Krankheitsbeobachtungen mitgetheilt.

Langreuter (Dalldorf).

220) **Glaeser:** Mittheilungen von der ersten Abtheilung der medicin. Station des Hamburger allg. Krankenhauses. (Berl. kl. W. 1883. p. 790.)

Die für dieses Centralblatt in Betracht kommenden Beobachtungen sind zunächst 3 Fälle von schweren passagären Gehirnsymptomen die günstig verliefen, bei denen es aber nicht möglich war, eine bestimmte Diagnose zu stellen; ferner 5 Fälle von Gehirntumoren betreffend einmal die Hypophysis, 3 mal den Balken und einmal den rechten Occipitallapen. Leider sind die Krankengeschichten der Tumoren sehr kurz und daher für die Symptomatologie werthlos.

Langreuter (Dalldorf).

---

221) **A. Wiebe** (Freiburg i. Br.): Einige Fälle von therapeutischer Anwendung des Hypnotismus. (Berl kl W. 1884 Nro. 3.)

Die mitgetheilten Fälle 1) Clonische Zuckungen eines Vorderarms. 2) Clon. Zuckungen der Nacken-, Schulter- und Gesichts-muskulatur. 3) Hemianästhesie. 4) Trigeminus-Neuralgie betreffen weibliche Individuen von 17—24 Jahre, in den 3 ersten Fällen hysterische. Durch Hypnotismus (und zwar durch wiederholte Sitzungen) ausgeführt durch Fixiren, und Streichen der erkrankten Körpertheile wurde in Fall 1, 2 und 4 dauernde, in Fall 3 vorübergehende Besserung constatirt. Verf. glaubt, dass die psychische Wirkung wenigstens in einem Falle nicht ausgeschlossen sei; er räth Vorsicht bei der therapeutischen Anwendung des Hypnotismus an, da er bei seinen Versuchen einmal als Folgeerscheinung vorübergehende psychische Alteration und einmal länger andauerndes Uebelbefinden habe constatiren müssen.

Langreuter (Dalldorf).

---

222) **Selenkow** (St. Petersburg): Ein Fall von Tetanus traumaticus mit Ausgang in Genesung. (St. Petersb. med. Wochschr. Nro. 50. 1883.)

223) **Mayer** (Prag): Zur Casuistik und Behandlung des Tetanus traumaticus. (Prager med. Wochschr. 1883. Nro. 34—38.)

S. beobachtete einen 21 jährigen Schlosser, welcher mit einer seit einer Woche vernachlässigten Wunde am l. Unterschenkel in's Hospital kam. Wunde wurde gereinigt und mit Jodoform verbunden. Nach 2 Tagen Contraktionszustand der Brustmuskeln, am 3. Tage tonische Contraktur der Kiefer-, Rücken- und Bauchmuskeln. Bei ruhiger Lage — Relaxation. Aber die geringste Bewegung, die Intention dazu rief Gradstreckung der Wirbelsäule mit leichtem Opisthotonus und starre Contraktion der Brust- und Bauchmuskeln hervor. Zustand verschlimmert sich. Fieber tritt auf, Temperaturen von 38,4 — 39,6. Nach einigen Tagen wurde ein kleiner tiefer Leistendrüsenabscess in der linken, der unterdessen fast verheilten Wunde entsprechenden Seite entdeckt. Incision. Nachlass des Fiebers und allmälig auch der übrigen Erscheinungen. Nach 3 Wochen war Patient gesund.

Verf. ist geneigt, nur 2 Quellen für den Tetanus aufzustellen: 1) Steigerung der Reflexerregbarkeit durch mechanischen, direkten Reiz eines Nervenstammes. 2) Steigerung der Reflexerregbarkeit durch Reizung des Centralorganes seitens eines im Blut circulirenden In-

fectionsstoffes oder Giftes. Ein Fall letzter Art scheint auch hier vorgelegen zu haben, da mit der Incision und Eiterentleerung die Erscheinungen schwanden.

Aus der ausführlichen Arbeit von M. ersehen wir jedoch, dass sämmtliche aufgestellten Hypothesen nicht ausreichen, das Wesen des Tet. traum. zu erklären; es fehlt eben, wie Billroth sich ausdrückt, der fassbare pathologisch-anatomische Anhaltspunkt. Sowohl die Ansicht derjenigen, die den Wundstarrkrampf auf eine progressive entzündliche Erkrankung eines lokal in der Wunde vorliegenden Nervenastes zurückführen, als auch derer, die ihn für eine centrale Erscheinung oder bedingt durch eine Infection von der vernachlässigten Wunde aus erklären, ist für alle Fälle nicht ausreichend. Ebenso wie in der Aetiologie die Ansichten sich gegenüberstehen, herrscht in der Therapie die heterogenste Mannigfaltigkeit. Neben der Antiphlogose und der inneren Anwendung von Opium, Morphium, der Calabarbohne, dem Curare und Chloroform wurde schon in früher Zeit die lokale Wundbehandlung vorgenommen, nicht allein bestehend in gehöriger Desinfektion der Wunde, sondern in Amputationen, in Enukleationen und Exscisionen der gangränösen Wundparthien. In neuerer Zeit trat dazu die Nervendehnung, die sich in einzelnen Fällen wirklich bewährt hat. Die Therapie, welche den Tet. traum. mehr als rein centrale Erkrankung auffasst, begünstigt 2 Mittel — Bromkali und Chloralhydrat — und hat, wie aus den Mortalitätsverhältnissen zu ersehen ist, wohl die relativ günstigsten Resultate aufzuweisen. Aus den mitgetheilten statistischen Zusammenstellungen erhellt im Ganzen eine äusserst hohe Mortalität. In der Klinik von Gussenbauer wurden von 1873—1883 12 Fälle beobachtet und behandelt, von denen 3 genasen. Die Fälle sind kurz mitgetheilt. Eigene Beobachtungen theilt Verf. 4 mit, von denen 3 günstig verliefen.

1. F. N. 37 J. alter lediger Bauersknecht, hat 14 Tage vor Ausbruch der Krankheit eine Verletzung am Dorsum des l. Zeigefingers erlitten; die Wunde war mit einer wulstigen Narbe geschlossen, herrührend von der Umschnürung des Fingers mit Leinewand, auf welches Schusterpech aufgestrichen war. Am ersten Tage der Beobachtung waren die Masseteren hart gespannt, Schmerzen im Nacken und in den Kiefermuskeln. Bauchdecken bretthart. Krampfanfälle in einem Zeitraum von 5—10 Minuten. Puls 120, Temp. 39,0. Ungemein erregter psychischer Zustand. Die Therapie hatte in erster Linie die möglichste Beseitigung jedes äusseren Reizes zur Aufgabe. Kranker ist in halb liegender, halb sitzender Stellung, damit die gesammte Brustmuskulatur zur Athmung verwendet wurde. Separates Zimmer, grösste Ruhe, Belegen des Fussbodens mit dicken Teppichen, Verhängen der Fenster. Innerlich 10 Grm. Kal. bromat. pro die. Am nächsten Morgen waren die Krampfanfälle bedeutend vermehrt. P. 130, T. 40. Athemfrequenz höher, bedeutende Schweisssecretion, leichter Opisthotonus, Bewusstsein wenig getrübt. Dieselben Medikamente. Tags darauf etwas Besserung. 7 Tage lang 10 Grm. Kal. bromat. pro die. Bromexanthem, Kopfschmerzen. Schwächegefühl in den unteren Ex-

tremitäten. Später leichte Narcotica. Neigung der Bauchmuskulatur zu leichten Contractionen besteht noch eine Zeit lang. Heilung.

2. N. U., 19 jährige Bauersmagd, wurde im Oktober 1880 während ihrer Stallbeschäftigung von einem scheuen Rinde zu Boden geworfen. Sturz auf den Rücken. Pat. verlor das Bewusstsein. Untersuchung ergab, an der vorderen Bauchwand eine blutende Rissquetschwunde, aus der mehrere Darmschlingen prolabirten. Reposition derselben. Vereinigung der Wunde. Drainage, aseptischer Compressivverband. Wundverlauf gut — keine Peritonitis. 18 Tage später Durchnässung. 4 Tage darauf Ermüdungsgefühl, Ziehen im Nacken, Empfindlichkeit gegen Licht. Tags darauf stellen sich Krämpfe ein. Ordination wie im ersten Falle. In den folgenden 8 Tagen dazu noch laue Bäder. Letztere sind eigentlich nur dort indicirt, wo sie viele Stunden hindurch constant erhalten werden können, sonst sind die mechanischen Insulte des Hebens in's Bad und aus demselben eher schädlich. Nach dem 10. Tage liessen die Anfälle nach. Schwäche der unteren Extremitäten mehrere Wochen hindurch. Völlige Heilung.

3. S. W., 9 Jahre alter Knabe, verletzte sich am inneren Rande des Sprunggelenkes des l. Fusses. Vollständig vernachlässigte Wunde. Nach 14 Tagen im Anschluss an eine Durchnässung Schmerzen im Nacken, geringe Temperatursteigerung. Ganzer Verlauf ist subacut, es kommt nicht zum Auftreten bedrohlicher Erscheinungen. 5 Grm. Kal. brom. pro die. Nach 8 Tagen geheilt.

4. M. T., 30 Jahre alt. Verletzung 3 Wochen vor Anfang der Krämpfe; in die rechte Ferse war ein Schuhnagel eingetreten, Narbe nicht mehr zu sehen. Sehr heftige Erscheinungen der Krankheit, die mit Schmerzen in Hals- und Nackengegend begonnen. Nach einander Versuch mit Morph. Opium, Chloral, Tabacksclystiren, lauen Bädern, Chloroform. Alles ohne Erfolg. Kranker starb am 11. Tage an Lungenödem. Hohe postmortale Temperatur. Auf eine geringe Verletzung hin, nach langem Incubationsstadium, nach milden anfänglichen Erscheinungen ist hier entgegen der Ansicht Taylor's ein schwerer Fall entstanden. Goldstein (Aachen).

---

224) **V. Hinze** (St. Petersburg): Beitrag zur Behandlung der Hysterie. (St. Petersburg. med. Wochenschr. Nro. 42. 1883.)

Verf. theilt die Krankengeschichte eines 17 jährigen Mädchens mit, bei welche durch 3 malige Cauterisation der Clitoris nach Friedreich die hystero-epileptischen Anfälle geheilt wurden.

Goldstein (Aachen).

---

225) **F. Siemens** (Uekermünde): Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Irren. (Arch. f. Psych. und Nervenkr. XIV. 3 p. 368 und ibid. XV. 1 p. 15.)

Die vorstehende Arbeit stellt eine ausführliche Monographie der vielbesprochenen Frage dar. Neben der erschöpfenden Behandlung des Gegenstandes ist ihr Hauptverdienst die Betonung *sorgfältiger Un-*

tersuchung seiner physiologischen Seite. Die Tendenz der Ausführungen des Verf. bildet ein Veto gegen die *Sonde* und die *Zwangsfütterung* überhaupt. — Die dem Fachmanne etwas zu umfänglich scheinende Breite der Arbeit ist auf den Umstand zurückzuführen, dass dieselbe ursprünglich für einen academischen Zweck bestimmt war. Uebrigens sorgt eine vorzügliche Disposition dafür, dass der Leser die Uebersicht nicht verliert. —

Nachdem in dem ersten Theil die Arten der Nahrungsverweigerung nebst den Formen von Seelenstörung bei denen sie auftritt, entwickelt sind, tritt Siemens im 2. Theile den in der Literatur vielfach aufgetretenen Irrthümern bezüglich der Nahrungsverweigerung der Irren entgegen z. B., dass Geisteskranke die Abstinenz weniger vertrügen, dass solche Kranke ein besonders schreckliches Aussehen hätten, dass allein durch die Carenz Lungengangrän eintrete etc. Es werden dann die üblichen Bekämpfungsmethoden besprochen und besonders das bedenkliche der Sondenfütterung hervorgehoben, ferner die irrationelle den Voit'schen Grundsätzen geradezu Hohn sprechende Zusammensetzung der Nährflüssigkeit betont, wie sie Jahrzehnte lang von practischen Psychiatern geübt worden ist. So sind z. B. eine tägliche Ration von 6 Eiern nebst Rothwein absolut unzureichend, der früher (Guislain, Morel) üblichen geradezu naiven ausschliesslichen Bouillion-Fütterung gar nicht zu gedenken. — Mit Recht erinnert ferner S., dass die dem Organismus zur Verdauung nothwendige Wassereinflössung vielfach vernachlässigt wird. — Der 3. Theil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Studium der Verhältnisse, wie sie beim Nahrungsverweigernden Irren vorliegen; es wird dabei zunächst das wirkliche Nahrungsbedürfniss sowohl des gesunden wie kranken Menschen erörtert, und dann die physiologischen und klinischen Erfahrungen über die Carenz berücksichtigt, zunächst bei gesunden, dann (im 4. Theile) bei Geisteskranken. Im letzten Theil der Arbeit endlich werden 15 die *Grundsätze* des Verf. illustrirende Krankengeschichte mitgetheilt und dann diese selbst etwa folgendermassen gefasst:

1) Die freiwillige Nahrungsverweigerung der Irren hat bei fortgesetzter Controlle des körperlichen und geistigen Verhaltens nicht die grossen Gefahren die man bisher annahm.

2) Sie basirt in der Mehrzahl der Fälle auf Veränderungen der Innervation und des Stoffwechsels und ist daher nur ein Symptom krankhafter Zustände im Körper.

3) In Folge der gleichen Ursachen wird ein derartig alterirter Organismus fähig ziemlich lange Zeit mit geringer Nahrungszufuhr auszukommen.

4) Auch das freiwillige Hungern aus rein psychischen Ursachen (z. B. Wahnvorstellungen) hat an und für sich keine bedenklichen Symptome im Gefolge, so lange es nicht über 14 Tage *ohne* Wasseraufnahme, und über 50 Tage *mit* Wasseraufnahme ausgedehnt wird und so lange nicht über 40% des Körpergewichts geschwunden sind.

5) Die künstliche Fütterung gegen den Willen der Kranken ist bei Widerstand derselben gefährlich, sowohl rein mechanisch als phy-

siologisch insofern, als sie das Verdauungs- und Assimilationsvermögen nicht berücksichtigt.

6) Die durch gewaltsame Fütterung dem Körper gebrachten Gefahren überwiegen im Ganzen die Gefahren, welche aus der vorübergehenden oder selbst längeren Carenz ihm erwachsen.

7) Die beste Therapie der Abstinenz besteht darin, die Kranken unausgesetzt auf die freiwillige Nahrungsaufnahme hinzulenken, und in jeder Zeit die Mittel nahe zu rücken, die Speisen welche sie wünschen und welche ihnen zuträglich sind, zu sich zu nehmen. Ist der Widerstand nicht allzu gross, so gelingt das einfache Füttern mit dem Löffel. — Wenn inzwischen das Grundleiden sich bessert, hört auch die Nahrungsverweigerung auf.

8) Immerhin giebt es Fälle wo die Kranken bei fortgesetzter wenn auch nicht absoluter Abstinenz hinsiechen und sterben. Es sind dies meist ältere, hypochondrisch, melancholische Personen, welche durch einen längeren Verlauf der Krankheit allmälig die Widerstands- und Regenerationsfähigkeit eingebüsst haben. Sie sind auch durch die Sondenfütterung nicht zu retten.

9) Paralytiker, Epileptiker, und andere Kranke mit Anfällen von Bewusstlosigkeit fütterte man während des Anfalls am besten nicht, da der Letztere selten lange anhält und also der Nahrungsmangel keine Gefahr bringt.

10) Die Anwendung der Sondenfütterung ist auf Zustände von längerer Bewusstlosigkeit und von Lähmungen im Bereich der ersten Wege zu beschränken. Langreuter (Dalldorf).

---

226) **Mabille** (Asile de Lafond): Cas de quérison d'hallucinations unilatérales de l'ouïe de cause externe. (Heilung einseitiger durch äussere Veranlassung entstandener Gehörstäuschungen.)

(Ann. méd. psycholog. 1883 November.)

Bei einer Frau mit hypochondrischer Melancholie, Selbstmordneigung, einseitigen Ohrgeräuschen und Gehörstäuschungen (Stimmen) und starker Anämie in Folge wiederholter Entbindungen verschwanden nach Ausspülung des betreffenden Ohres und Entfernung eines Getreidekornes, das Myringitis und Otitis interna unterhalten hatte, die Gehörstäuschungen und die Psychose, welche nach Beginn des Ohrenleidens vor 15 Monaten eingetreten war. Heilung dauernd.

Verf. macht auf die Wichtigkeit der Untersuchung des peripherischen Abschnittes des Sinnesapparates bei einseitigen Sinnestäuschungen zum Schlusse noch aufmerksam.

Otto (Dalldorf).

---

227) **Ouinquand** (Paris): Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole. (L'Encéphale 1884. Bd. IV. Heft 1. S. 33.)

Im Verlaufe der Variola werden gar nicht selten Hallucinationen beobachtet, und auch ausgebildete Psychosen, meist depressorischen Charakters; ferner treten haufig im Anschluss an Variola Störungen der Sensibilität, und zwar sowohl Anästhesien, als Hyperästhesien,

zum Theil bei gleichzeitig bestehender motorischer Lähmung auf. Besonders häufig sind jedoch die (auch nach anderen fieberhaften Krankheiten beobachteten) *atactischen Störungen.* Es gehen ihrem Entstehen gewöhnlich Erscheinungen von Seite des Gehirns voraus (psychische Störungen, Sprachstörungen). Diese atactischen Störungen — Pseudoataxien — bestehen meist sehr lange, haben aber trotzdem eine günstige Prognose; das Romberg'sche Symptom soll bei ihnen fehlen; Sensibilität und Motilität sind meist normal. In einem Falle, der zu lethalem Exitus führt, fand Qu. eine periphere Neuritis: Verminderung des Volums der Nervenröhren, Körnchenbildung des Myelins, Vermehrung der Kerne. Schoenthal (Grafenberg).

---

228) **Descourtis:** État des forces chez le paralytiques généraux. (L'Encéphale 1884. Bd. IV. Heft 1.)

Häufige, genaue Dynamometermessungen führten den Verf. im Wesentlichen zu folgenden Ergebnissen: In der Regel ist die Muskelkraft der Paralytiker vom Beginne der Krankheit ab herabgesetzt, nur in Ausnahmefällen lässt sich bei besonders robusten Individuen eine Zeit lang keine Abnahme der Muskelenergie trotz Bestehens der psychischen Symptome nachweisen. Die Schwächung betrifft sowohl die rechte, als die linke Extremität, indess vermindert sich die Differenz die normaliter zwischen der Leistungsfähigkeit des linken Arms und der des rechten besteht, — der rechte Arm ist mehr geschwächt worden (vorwiegendes Ergriffensein der linken Hemisphäre?). Die Curve der Muskelkräfte ist durchaus keine stetig sinkende, sondern zeigt z. Th. grosse Schwankungen; merklichen Einfluss haben natürlich paralytische Anfälle; nach denselben kehrt die Leistungsfähigkeit der Muskeln nie ganz zu der Höhe wie vor dem Anfall zurück.
Schoenthal (Grafenberg).

---

229) **Fusier:** Deux cas de folie améliorés chacun par un anthrax. (L'Encéphale 1884. Bd. IV. Heft 1.)

Der eine Fall betrifft eine Manie, der andere eine Melancholie mit Stupor. Schoenthal (Grafenberg).

---

230) **Bartens** (Bonn): Ueber den Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf der Geisestörung. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 40. H. 4 1883.)

Verf. ist der Meinung, dass die Prognose einer Geistesstörung durch die Gravidität *verschlechtert* wird. Von seinen mitgetheilten Fällen ist nur eine Frau genesen. Von den übrigen 11 Fällen, ausser 2 sämmtlich Puerperalpsychosen, sind nur 2 gebessert, eine voraussichtlich unheilbare starb, die anderen 8 blieben ungeheilt. Erblich veranlagt waren 5, darunter die eine Geheilte und eine Gebesserte.
Kron (Berlin).

---

231) **Jendritza** (Stephansfeld): Fall von Verschlucken eines 10 Ctm. langen Drahtes mit Ausgang in Genesung. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 40. H. 1. 1883.)

Ein 21jähr. Geisteskranker verschluckte einen 17 Ctm. langen Draht, das stumpfe Ende vorn. 6 Monate später wurde der Fremdkörper nach mannigfachen Fieberbewegungen unter geringem Eiterabgang zwischen Darmbeinkamm und Rippenrand rechterseits entfernt, nachdem er die Haut perforirt hatte. Die Fistel schloss sich bald.

Kron (Berlin).

---

232) **A. Wide** berichtet über ein in der Upsala'schen therapeutischen Klinik beobachtetes hyster. Mädchen, das, angeblich in selbstmörderischer Absicht, Nähnadeln schluckte und zwar, wie sie angiebt immer gleich einige Brief Nadeln auf einmal mitsammt dem Papier. Es sind ihr allmälich in der Klinik 130 Nadeln aus den verschiedensten Körpertheilen herausgeschnitten worden, so z. B. aus dem Unterschenkel, Mamma, Bauch, Thorax etc. Wide berichtet zugleich über eine Brochüre von Herholdt (Kopenhagen 1822), welcher in einem ähnlichen Fall allmälich 389 Nadeln aus verschiedenen Körperstellen entfernt hatte. Die Nadeln waren in Wide's Fall meist mit dem stumpfen Ende gegen die Haut gekehrt. W. nimmt an, dass dieselben in den Muskelscheiden wandern. (Upsala läkareföreningens förhandlingar. 1884. H. 2.)

Buch (Helsingfors).

---

233) **M. Hurd:** The minor treatment of Insane Patients. (Americ. Journ. of Insanity. 205.)

H. giebt einige practische Rathschläge über die Behandlung der Epileptiker, unreinlichen Kranken, der Masturbanten u. A. Bei epileptischen Anfällen mit nachfolgender Erregung hat er mit gutem Erfolge Hyoscyamin, beim s. g. stat. epilept. warme Bäder von 30—32° R. bis zur Dauer einer halben Stunde angewandt.

Bei unausgesetztem Masturbiren empfiehlt er Monobromcampher neben beständiger Ueberwachung und localer Application von collod. cantharid.

Matusch (Dalldorf).

---

234) **B. Andrews:** Case of Charles Stockley, convisted of murder. Plea Temporary Insanity. (Der Mörder S. Frage ob temporäre Geistesstörung.) (Americ. Journ. of Insanity. October 1883.)

S. hatte nach einem Wortwechsel und nach Abweisung als Freier der Tochter seinen Dienstherrn erschossen. Der Mord war mit Ueberlegung geplant und ausgeführt und der Verbrecher gab alle Einzelheiten unumwunden zu. Im Gefängniss, zwei Tage nach Empfang des Todesurtheils begann Pat. mehrere Tage lang zu toben und gewaltthätige Handlungen zu begehen. Mit Rücksicht auf diesen Zustand und auf mehrmals beobachtete Jähzornsausbrüche, angeblich im Anschlusse an einen schweren Typhus im 14. Jahre, wurde eine gerichtärztliche Expertise beantragt. S. wurde für geistig gesund erklärt. Die Section des hingerichteten Delinquenten ergab keine Organerkrankung des Gehirns.

Matusch (Dalldorf).

---

235) **C. Folsom** (Massachusetts): Case of Charles F. Freeman. (Amer. Journ. of Insanity. Januar 1884.)

Es handelt sich um einen Mann von geringer Intelligenz, der unter dem Einflusse falsch verstandener Lehren einer religiösen Secte in dem Glauben „wie Abraham" ein Gott wohlgefälliges Werk zu thun, sein Kind geschlachtet hatte. Er wurde für unzurechnungsfähig erklärt. Matusch (Dalldorf).

---

236) **W. B. Goldsmith** (Massachusetts): A case of Moral Insanity. (Americ. Journ. of Insanity. S. 162.)

Nach Scharlach mit schweren Hirnsymptomen trat bei einem erblich belasteten Mädchen (der Vater erhängte sich nach mehrmonatlicher Melancholie) eine Characterveränderung ein, die dem als M. I. bezeichneten Krankheitsbilde entsprach: Unbändigkeit, Reizbarkeit bis zu Wuthausbrüchen, Hang zur Lüge und zu raffinirten sexuellen Excessen (bereits im 9. Jahre), Masturbation u. s. f. bei guter Intelligenz normaler und körperlicher Entwickelung. Alle Besserungsversuche erwiesen sich erfolglos. Seit Eintritt der Menstruation gesellen sich die Wuthausbrüche mit Vorliebe, doch nicht ausschliesslich zur Periode. Eine Besserung ist bis jetzt (dem 18. Jahre) nicht eingetreten. In einer angeschlossenen Notiz berichtet G. von der mit glücklichem Ausgange vorgenommenen Exstirpation beider Ovarien, von der er einen günstigen Einfluss auf die M. I. hofft.

Matusch (Dalldorf).

---

237) **J. Wiglesworth:** On the Pathology of Mania. Journal of mental science, S. 485.)

Gestützt auf seine bereits in einem früheren Aufsatze entwickelte Theorie definirt W. die Manie als eine „functionelle oder organische Erkrankung der höchsten Coordinationsbündel." Die verschiedenen Formen der M., von der transitorischen bis zur schwersten zum tiefen Blödsinn führenden zwingen zur Annahme einer verschieden intensiven anatomischen Affection, deren mikroscopischer Nachweis jetzt noch nicht möglich sei aber früher oder später gelingen müsse.

Matusch (Dalldorf).

---

238) **Tigges** (Sachsenberg): Die Zählung der Epileptischen in Mecklenburg-Schwerin im Jahre 1882. (Allg. Ztschr. f. Psych. B 40. H. 4 1883.)

Der sorgfältigen Statistik sei Folgendes entnommen:

Durch die Zählung im Juni 1882 wurden in Mecklenburg-Schwerin 639 Epileptische ermittelt. Gezählt wurden nachweislich nicht alle im Verhältniss von 1 : 855 Einwohnern. Berechnet man die Epileptiker jeder Altersstufe zur Bevölkerung derselben Altersstufe, so weist die Stufe von 21—30 J. die verhältnissmässig meisten Epileptiker auf (1,829 auf 1000 Einwohner), es folgt die von 31—40 J., dann schliessen sich die vorhergehenden und nachfolgenden Stufen an. Die Stufe

von 51—60 enthält noch 1,078 auf 1000 Einwohner. Besonders belastet erscheint das Alter von 11—15 und von 21—30 Jahren. Auf die ersten 15 Lebensjahre kommen 20,34% der gezählten Epileptiker. Was das Alter beim Ausbruch der Epilepsie betrifft, so sind die Zahlen für die Stufe von 0—5 Jahren und 11—15 Jahren besonders gross (die ersten 5 Lebensjahre stellen 24,3% sämmtlicher Fälle) während von da an ein stetiger Abfall erfolgt und zwar vom 41. J. an in geometrischer Progression. Nach dem 61. Jahre tritt die Epilepsie nur selten auf.

Bis zum 5. Jahr überwiegt das männl. Geschlecht bedeutend (11 m. 1 w.) vom 6.—20. Jahre auch noch (98 m. 84 w.) nach dem 21. überwiegt das weibl. bedeutend. (175 m. 270 w.) Im Ganzen 284 m. 355 w. (44,4 : 55,6%).

Das Alter beim Ausbruch der Epilepsie zeigt etwas andere Verhältnisse: Bis zum 5. Jahre sind mehr Männliche erkrankt (88 m., 62 w.) vom 6.—10. Jahre ist das Verhältniss gleich, vom 11. bis 40. überwiegen die Frauen sehr (125 m. 219 w., nach dem 41. J. in etwas die Männer (19 m. 15 w.) Unter den 639 epileptischen werden 167 = 25,8% als geisteskrank bezeichnet. Bis zu 10 Jahren überwiegt das männliche Geschlecht bei den als geistig gesund und bei den als geistig krank bezeichneten Epileptikern. Von 11—50 J. übt die Epilepsie auf die geistigen Fähigkeiten des männl. Geschlechts einen nachtheiligeren Einfluss als auf das weibliche, nach dem 50. Jahre umgekehrt. Von den 639 Epileptikern waren 430 = 67% ledig.

Unter 1000 Ledigen kamen 1,289 Epileptische vor, unter 1000 Verheiratheten 0,845, also ein Verhältniss von 3 : 2. Berücksichtigt man dabei, dass 2,71% aller Epileptischen vor dem 20. Lebensjahre ihre Krankheit erlangen, so folgt daraus, dass vielfach die bereits vorhandene Epilepsie kein Ehehinderniss gewesen ist. Auf 100 Geschiedene kommt dann aber auch 1 Epileptiker. Die Feststellung der Berufsarten ergiebt, dass bei den niedern Kategorien derselben die Zahl der Selbstständigen die der Unselbständigen namhaft überwiegt, besonders beim weiblichen Geschlecht, so dass diese trotz der Epilepsie weiter arbeiten.

In den öffentlichen Anstalten waren zusammen 55 (8,6%, darunter 1,6% Geistiggesunde) untergebracht. Als Selbstständige oder bei den Eltern befanden sich 474 (74,2% darunter 16,3% Geisteskranke) bei Verwandten oder anderen Privatpersonen 110, (17,2% darunter 8,2% Geisteskranke). Was die Krankheitsdauer betrifft, so haben von 618 Fällen, in denen dieselbe bekannt ist, 63 (10%) eine solche bis 2 Jahren, 68 (11%) über 30 Jahre. Der nachtheilige Einfluss lange dauernder Epilepsie tritt theilweise zu Tage: bei einer Krankheitsdauer bis zu 1 Jahre beträgt der Procentsatz der Geisteskranken 4%, bei 1—2 J. 11%, bei 3—5 J. 16%, bei 6—10 J. 20%, bei 11—20 30%, bei 21—30 39%, bei über 30 J. 31%. Bei der kürzeren Krankheitsdauer bis zu 5 Jahren sind mehr Männer, bei den längeren Zeiten mehr Frauen vertreten. Bis zu 5 j. Krankheitsdauer stehen sich bei den Geistesgesunden die Geschlechter gleich, bei den

Geisteskranken überwiegen jedoch die Männer. Bei den längeren Zeiten der Krankheitsdauer überwiegen bei den Gesunden überall die Frauen bei den Geisteskranken von 6—20 J. namhaft die Männer (52 m. 29 w.), bei der längsten Krankeitsdauer (über 20 J.) jedoch die Frauen. Berechnet man die durchschnittliche Krankheitsdauer in der Art, dass überall das Mittel der bezeichneten Altersstufen und bei den Fällen mit über 30j. Krankheitsdauer 35 J. angenommen wird, so ergiebt sich eine durchschnittliche Krankheitsdauer der Epileptischen von 14,4 J. und zwar bei den Männern von 13,1, bei den Frauen von 15,4 J. Kron (Berlin).

239) **Franz Fischer** (Pforzheim): Ueber die sogenannte photographische Gleichheit aller Irreseinsanfälle bei demselben Epileptiker.
(Berl. kl. W. 1884. Nro. 4.)

Verf. will die von Falret und Legrand du Saulle mit grossem Eifer vertheidigte Lehre von der *„photographischen Gleichheit“* (der Name wurde von Legrand du Saulle erfunden) der periodischen Irreseinszuständen der Epileptiker modificirt wissen, indem er constatirt, dass die absolute Gleichförmigkeit der psychischen Anfälle bei demselben Epileptiker allerdings vorhanden sei, aber immerhin in verhältnissmässig wenigen Fällen, und nicht etwa die Regel bilde. Von diesem Standpunkte aus hält er es mit Recht für angezeigt einen prägnanten Fall zu veröffentlichen, wo bei einer 23 jährigen Epileptischen Zustände von hallucinatorischem Delirium von 3—4 tägiger Dauer sich einschliesslich der Prodrome und Nacherscheinungen bis ins Detail der Symptome immer in genau derselben Weise wiederholten. — Fischer hat ferner beobachtet, dass die Conformität der epileptischen Irreseinszustände um so vollendeter hervorträte, je tiefer dabei die Bewusstseinsstörung sei. Er macht schliesslich darauf aufmerksam, dass zuweilen eine psychische Aura bei einem Kranken immer in derselben Weise wiederkehre, dass ferner die einzelnen Krampfanfälle sich meist in derselben Weise abspielen. — (Von der bekannten Erfahrung ausgehend, dass alle Arten von periodischen Geistesstörungen in Bezug auf die Symptome ihrer Paroxismen oder Depressionen bei demselben Individuum eine fast immer zu constatirende Gleichmässigkeit zeigen, kann Ref. es nicht auffallend finden, dass dies auch bei dem epileptischen Irresein der Fall ist. Natürlich wird die Erscheinung bei der Epilepsie häufiger beobachtet, weil innerhalb dieses Krankheitsbildes die periodischen Störungen am meisten zur Beobachtung kommen und gerade hier der psychische Allgemeinzustand oft viele Jahre unverändert bleibt. Es wird also nicht zu verwundern sein, wenn die Jahre lang gleichbleibenden Ursachen — die Krampfanfälle und deren psychische Aequivalente erzeugen — bei dem psychisch unveränderten Individuum auch immer dieselben Symptome hervorrufen. Uebrigens dürfte eine „photographische“ Gleichheit des Ablaufes der Anfälle, besonders bezüglich der Zeit, zu den Seltenheiten gehören.) Langreuter (Dalldorf).

III. Aus den Vereinen.

I. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 7. Januar 1884. (Union médicale Nro. 7.)

240) **Vulpian** überreicht im Namen Déjérine's und Landouzy eine Arbeit über *progressive Muskelatrophie ohne nervöse Läsion* (progressive hereditäre Myopathie). Die hereditäre Form würde auch bei Kindern beobachtet und begänne mit den Muskeln des Gesichts, welches Auftreten bei Erwachsenen selten sei. Landouzy secirte den ersten an Phthisis zu Grunde gegangenem Fall der erblichen Form ohne irgend eine Läsion des Nervensystems zu finden. Vulpian, der Landouzy und Dèjérine die vollkommenste Competenz in microscopisch-anatomischer Beziehung zuspricht, sondert beide Formen auf das strengte und stellt die erbliche Form als primäre Muskelaffection hin. Rohden (Oeynhausen).

II. Société médicale des Hopitaux zu Paris.

Sitzung vom 26. October. 1883. (Union méd. 1884. Nro. 6.)

241) **Dujardin-Beaumetz** und **Oettinger** besprechen einen Fall von *Tetanie in Folge von Magendilatation und Durchfällen.* Der Pat. erlag einem Anfall von allgemeiner Contractur: Thorax in Inspirationsstellung, keuchende Respiration, die Glieder in der bekannten Stellung. Auch die Kaumuskeln waren contracturirt. Bei der Section fand sich — ausser Vermehrung der Gehirnflüssigkeiten ohne stärkere Venenfüllung des Gehirns aber Oedem der Pia und Weichheit der Hirnmasse — nichts pathologisches im Nervensystem. Im Uebrigen bedeutende Magendilatation und Pylorusstenose. Der Darm vollkommen frei. Im Anschluss daran werden einige Beobachtungen Kussmaul's und Gaillard's citirt. In allen jenen Fällen schwanden die allerdings weniger bedeutenden Anfälle auf Anwendung von Magenausspülungen.

Sitzung vom 23. November 1883.

242) **Bucquoy** stellt einen Kranken vor mit einer auch das cerebrum tangirenden Hydatidengeschwulst die vermuthlich vom Keilbein ausgeht und auch nebenher allerlei nervöse Symptome macht.

Sitzung vom 22. Februar 1884. (Union médical 1884, Nro. 29.)

243) **Martineau** theilt mit, dass bei dem Affen (Makako) dem er Syphilis mit Erfolg einimpfte nach eilf Monaten ein Anfall von Epilepsie eingetreten ist, der sich seitdem nicht wiederholt habe. Freilich wurde das Thier nicht permanent beobachtet. Convulsivische Bewegungen der Gesichtsmuskulatur, Erbleichen der haarlosen Stellen, lebhafte kurze Kieferbewegungen, Blässe der Zunge und Mundschleimhaut, Schaumbildung vor dem Maul. Das Thier lehnt sich vollkommen geschüttelt und mit convulsivisch zitternden Hintergliedmassen in eine Wandecke. Der Anfall dauerte 4—5 Minuten und hinterliess grosse Mattigkeit. Einige Wochen später zeigten sich erneute Syphiliden am Scrotum und am Gaumen. M. hält den Anfall für einen luetisch-

epileptischen wie er mit gleichzeitiger Lähmung bei Gehirndruck durch Exostosen vorkäme, hält aber weitere jahrelange Beobachtung des Thieres und grosse Vorsicht in der Beurtheilung des Anfalls für nothwendig. Rohden (Oeynhausen).

III. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 23. Februar 1884. (Le Progrès med. Nro. 9. 1884.)

244) *Beitrag zur Lehre von der Migräne.* **Nicati** und **Roviolis** besprechen die mannigfachen Varietäten der Migräne und die sie characterisirenden Störungen der Sensibilität. Sie kommen zu dem Schluss, dass sämmtliche cerebrale Functionen an den Migräneanfällen participiren können.

245) **Magnan** hält einen Vortrag über einige *neue Varietäten der Delirien bei den Hereditariern.* In Folge einer anerkennenswerthen aber sehr übertriebenen Fürsorge für die Thiere haben sich seit einiger Zeit zahlreiche Thierschutzvereine gebildet mit der Aufgabe Pflegestätten und Zufluchtsorte für alte und gebrechliche Thiere zu gründen. In derartigen Wirkungskreisen sehen wir gewisse Degenerirte die tollsten und wunderlichsten Dinge ausführen. Die Form dieser psychischen Alteration verdient als *Antivivisectionistenwahnsinn* — folie des antivivisectionistes — bezeichnet zu werden. Neben dieser Kategorie macht sich eine besondere Species von *Vegetarianern* bemerkbar, welche nicht aus hygieïnischen Rücksichten, sondern um das Schlachten der Thiere zu verhüten, ausschliesslich vegetabische Nahrung zu sich nimmt. So sah M. ein 37 jähriges, erblich stark belastetes Fräulein, das mit einem Male nicht mehr Fleisch geniessen wollte und sich dann aller herrenlosen Katzen und Hunden annahm. Täglich vertheilte sie Körbe voll Esswaaren an die Hunde. Sie begab sich darauf in die Schlachthäuser und bat die Schlächter mit dem Morden aufzuhören, da die Thiere Brüder der Menschen seien. Bei ihrer Aufnahme in die Anstalt wollte sie keine Nahrung zu sich nehmen, indem sie angab auf Befehl der heiligen Jungfrau nicht anders handeln zu können.

Ferner führt M. einen Fall von Antivivisectionswahn an, der eine 40 jährige Dame betrifft. Dieselbe bricht in Thränen aus, sobald es regnet, da die schutzlosen Thiere nass werden und die Pferde auf dem glatten Pflaster stürzen können. Sie wurde einmal ohnmächtig, als sie sah, dass ein Pferd einen Peitschenhieb erhielt. Trotz ihrer eleganten Kleidung scheut sie sich nicht, auf der Strasse jedes Stückchen Glas aufzusammeln, damit die Pferde nicht darauf treten. Sie postirt sich an den Droschkenhalteplätzen und bittet Fahrgäste und Kutscher, die Pferde zu schonen. Für ein altes Pferd zahlte sie bis zum Tode desselben einen monatlichen Pensionspreis von 78 frcs. Hunde haben sich desselben Wohlwollens von ihrer Seite zu erfreuen. Sie bringt die hässlichsten und zottigsten Köter zusammen und giebt sie in Pension. Ihre Wohnung gleicht einer Menagerie. Einer Anzahl von Hunden hat sie testamentarisch eine monatliche Rente von 25 Frcs. bestimmt. Auf Anrathen einer Freundin, die nicht minder närrisch ist, schreibt sie in den Zeitungen Artikel gegen Paul Bert und die

Vivisectoren. Ausser diesem systematisirten Wahn zeigt sie noch andere Symptome des hereditären Irreseins. Sie fürchtet sich Gegenstände zu berühren, wäscht die Taschentücher und ihre Körperwäsche, obgleich dieselbe eben aus der Wäsche kommt. „Diese Handlungsweise kann eigenthümlich erscheinen, sagt sie, und ich selber wundere mich, denn es widerstrebt mir nicht, meinen Mund an die Lippen eines Pferdes zu legen; ich verbinde seine Wunden ohne Scheu.“ — Sie wäscht sich täglich 20 bis 30 Male. — Nicht alle verrückten Antivivisectionisten sind bescheiden und ruhig. Viele sind rührig, lebhaft und ehrgeizig, wollen von sich reden hören. So citirt M. eine hierher gehörige Dame, die stolz auf ihre Erfolge ist und laut erklärt, dass sie das Leben ihres Sohnes nicht mit dem Opfer eines Thieres erkaufen würde. — Magnan kommt zu dem Resumé, dass diese besonderen Varietäten von Wahnvorstellungen dem erblichen Irresein angehören, dass man es mit Degenerirten zu thun hat, die ihre Wahnideen sofort systematisirt, ohne zuvor die Zwischenphasen durchgemacht zu haben, welche die chronisch Verrückten gewöhnlich durchlaufen.

246) **Gibier** berichtet über Experimente bezüglich der *Uebertragbarkeit der Lyssa* durch Heredität seitens der Mutter. Er glaubt nicht an die Heredität der Lyssa, frage aber, ob das Lyssagift nicht auf den Descendenten im Sinne einer Reflexneurose wirke.

Rabow (Berlin).

IV. Société medico-psychologique zu Paris.

Sitzung vom 30. Oktober 1883.

247) **Legrand du Saulle:** De certains troubles intellectuels toxiques chez les nouvelles accouchées ou chez les opérées. (Ueber toxische Geistesstörung bei Frischentbundenen und Operirten.)

(Ann. méd. psycholog. 1884 Januar.)

Vortragender beobachtete bei Frischentbundenen und Frischoperirten Frauen psychische Störungen in Folge von Alkoholmedikation und weisst auf den Missbrauch hin, der mit diesem Mittel bei der therapeutischen Anwendung oft getrieben wird. Er hat 2 Formen des alkoholistischen Deliriums in solchen Fällen beobachtet, die allerdings gewöhnlich verkannt werden. Sie betreffen alle neuropathische Individuen. Bei der ersten von der er 8 Fälle gesehen hat, treten Erregungen und Sinnestäuschungen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit ein, während der Puls ruhig bleibt. Nach dem Aussetzen des Alkohols tritt das Delirium bald zurück. Die zweite schwere Form entwickelt sich bei nach der Operation und in Folge der Blutverluste sehr geschwächten Individuen und besteht in einem schweren, fieberhaften Delirium alkoholikum mit schrecklichen Hallucinationen, Pulsbeschleunigung und tödtlichem Collaps. Von letzterer Form sah er 4 Fälle und möchte sie nicht als Delirium traumaticum auffassen, sondern betont die durch das Trauma und die neuropathische Disposition erhöhte Wirkung des Alkohols, wesshalb er auch zu einer umsichtigen Anwendung dieses Mittels bei derartigen Individuen dringend räth. Der Ansicht des Vortragenden schlossen sich in der Debatte die Anderen an.

Otto (Dalldorf).

Sitzung vom 28. Juni 1883.

248) **Legrand du Saulle:** Huit mille attaques épileptiques chez une jeune fille. (8000 epileptische Anfälle bei einem jungen Mädchen.

(Ann. med. psycholog. 1883 September.)

Ein 15jähriges Mädchen, welches seltene konvulsive Anfälle gehabt hatte, auf den ersten Anblick den Eindruck einer Hysterischen machte, ohne jedoch objective hysterische Zeichen zu bieten, bekam Kopfschmerz, Erbrechen, Verstopfung, die Pulsfrequenz betrug 130, Temperatur war normal, und bald darauf kamen Krampfanfälle von 8—20 Sekunden Dauer, mit einem Schrei beginnend. Dieselben wiederholten sich in 20 Tagen 8000 mal in Pausen von wenigen Sekunden oder Minuten, wobei das Bewusstsein fortdauernd getrübt war. Auf grosse Dosen Kalium bromatum hörten diese Anfälle auf und es trat wieder Schlaf ein, jedoch wurden sie weiterhin nur durch grosse Dosen Kalium bromatum unterdrückt.

Vortragender möchte auf Grund der Bromwirkung Epilepsie annehmen, betont jedoch das Ungewöhnliche eines solchen Falles ohne jede Temperaturänderung.

Demgegenüber plaidiren Magnan und Andere für die hysterische Natur des Falles, wofür ausser der normalen Temperatur noch die Häufigkeit der Anfälle und der frequente Puls sprächen. Anderenfalls stände bei dem Fehlen jeglicher Temperatursteigerung trotz der vielen Attaquen, der Fall als Epilepsie einzig da.

Otto (Dalldorf).

IV. Tagesgeschichte.

Aus Holland. Die zweite Kammer hat den Gesetzentwurf zur Regulirung der Staatsaufsicht über die Geisteskranken — vergl. den Aufsatz über diesen Entwurf in Nro. 2. 1882 dieses Centralblattes — mit geringtügiger Aenderung angenommen. Wird der Entwurf zum Gesetz erhoben werden, so wird sich die Staatsaufsicht auch auf die ausserhalb der Irrenanstalten befindlichen Kranken erstrecken. Hierdurch wird die Inspection eine grosse Ausdehnung erfahren, wesshalb den Inspectoren die ärztliche Praxis, auch die consultative untersagt worden ist. R.

Aus Baden. Die Stände haben die Gelder zur Einrichtung der *Irrencolonie Emmendingen* — vergl. Nro. 6 d. Centr.-Bl. — bewilligt.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Dalldorf bei Berlin, Volontairarzt, sofort, 600 Mark, freie Station. 2) Stephansfeld, Assistenzarzt, 900 M., freie Station. 3) Leubus (Schlesien), Volontairarzt, M. 1050, fr. Stat. 4) Klingenmünster, II. Hilfsarzt, 1200 M., Verpfl I. Classe. 5) Illenau, Hilfsarzt, sogleich, M. 1200, fr. Station. 6) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg) i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Gummersbach (Köln), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Besetzte Stellen. Schwetz, Assistenzarzt, Herr Dr. Breitkopf Saargemünd, Assistenzarzt, Herr Dr. Polzin.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **1. Mai 1884.** **Nro. 9.**

INHALT.

I. Originalien. P. J. Möbius: Ueber Tabes bei Weibern.
II. Original-Vereinsberichte. Psychiatrischer Verein in St. Petersburg.
III. Referate und Kritiken. Kowalewsky: Das Verhältniss des Linsenkerns zur Hirnrinde bei Menschen und Thieren. Möbius: Ueber die Empfindlichkeit der Haut. Virchow: Beiträge zur Kenntniss der Bewegungen des Menschen. Vierordt: Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis. Swedelin: Ein Beitrag zur Anatomie der Doppeldaumen. De Snoo: Encephalitis chronica arenosa. Vulpian: Lokale Asphyxie. Aristow: Casuistik. Nesterow: Zur Casuistik des Diabetes insipidus. Hurd: Functionelle Herzkrankeiten. Smith: Spoted Fever. Cerebro-Spinal Meningitis. Munoz: Strychnin gegen Alkoholismus. Motet: Trans. Delirium nach epil. Anfällen. Knecht: Ueber die Verbreitung physischer Degeneration bei Verbrechern und die Beziehungen zwischen Degenerationszeichen und Neuropathien.
IV. Personalien.

I. Originalien.

Ueber Tabes bei Weibern.

Von Dr. P. J. MÖBIUS.

Seit einem Jahre habe ich 5 mal Tabes bei Weibern beobachtet. Die Geschichte dieser Kranken machte einen nachhaltigen Eindruck auf mich, da bei 4 von ihnen die Anamnese mit Deutlichkeit auf eine und dieselbe Krankheitsursache hinwies. Ich glaube, dass die Mittheilung dieser Fälle auch auf Andere Eindruck machen wird, weiss aber recht gut, dass 4 eine kleine Zahl ist und dass der Einwurf, es handele sich um Zufall, nicht stricte zu widerlegen ist.

I. Frau D., eine 33 jähr. Kaufmannsfrau, deren Eltern an Phthisis gestorben sind, war immer zart und schlank, aber bis zu ihrer jetzigen Erkrankung gesund gewesen. Sie hatte in angenehmen äusseren Verhältnissen gelebt, sich nie Strapatzen oder Erkältungen ausgesetzt. Vor 11 J. heirathete sie und gebar ein Jahr später ein Kind, welches im Alter von 7 Jahren gestorben ist. Vor 9 Jahren wurde sie durch

ihren Mann, welcher sich auswärts inficirt hatte, angesteckt. Es traten Schmerz in und Ausfluss aus den Genitalien, Anschwellung der Leistendrüsen auf. Der Arzt erklärte die Krankheit für Syphilis, gab Pillen und graue Salbe bis Speichelfluss eintrat. Gekränkt und gedemüthigt liess sie sich von ihrem Manne scheiden. Vor 7 Jahren verheirathete sie sich zum 2. Male mit einem kräftigen gesunden Manne, blieb aber kinderlos. Der Tod ihres Kindes vor 3 J. betrübte sie tief, seitdem fühlte sie sich krank. Seit 2 J. bemerkte sie Schwäche der Kniee, dann der ganzen Beine, andauernde Kälte der Füsse, stechende Schmerzen in der Ferse und im Oberschenkel. Sie magerte ab, wurde schlaflos, verfiel in andauernd trübe Stimmung. Langsam und gleichmässig nahm das Leiden zu.

Sie war eine mittelgrosse, magere, anämische Frau. Ihre Hauptklage war gegen peinigende Schlaflosigkeit gerichtet. Mit Thränen erzählte sie ihre Geschichte und war andauernd deprimirt. Die inneren Organe waren gesund, der Befund an den Genitalien (Prof. Credé) normal, nirgends bestand Drüsenschwellung oder sonst eine Spur von Syphilis. Der Gang war atactisch. Schwanken bei Augenschluss. Die Fusssohlen waren sehr, die Füsse und Unterschenkel mässig, die Oberschenkel wenig analgetisch. Das Kniephänomen fehlte, der Sohlenreflex war schwach. Der Urin floss bei Husten und Lachen ab. Es bestand schmerzhafter Stuhldrang. Die Voluptas sexualis war seit 1 Jahr erloschen. Die Pupillen waren mittelweit und reagirten gegen Licht. Schmerzen bestanden zeitweise in den Beinen, dauernd im Rücken, welcher z. Th. hyperästhetisch war. Kribbeln im Radialisgebiet der Hände.

Während einer mehrmonatl. Beobachtung, bez. Behandlung verschlimmerte sich der Zustand langsam. Eine auf Rath des Prof. Strümpell versuchte Schmierkur beschleunigte die Verschlimmerung. Später gebrauchte die Kr. Oeynhausen ohne Erfolg.

II. Frau Fr., 35 J. alt, stammt aus durchaus gesunder Familie und war, wie sie selbst und ihre alte Mutter versichern, von Kind auf das Bild blühender Gesundheit. Sie hat nie Strapatzen, Noth, Erkältungen erdultet. Mit 22 J. verheirathete sie sich und gebar im 1. Ehejahr ein Kind, welches nach 3 Mon. an Krämpfen starb. Im J. 1873 bemerkte sie, dass der Mann sich von ihr zurückzog und mit Arzneien handtierte. In den nächsten Jahren abortirte sie einmal. 1876 erkrankte der Mann an einer schweren Hautkrankheit. Prof. E. Wagner erklärte dieselbe für Syphilis. Es bestanden runde Geschwüre und Knoten an verschiedenen Stellen. Die Kr. selbst hat an sich nie syphilitische Symptome bemerkt, wurde überdem (1876) von Prof. Dr. Wagner untersucht und für gesund befunden. Der Mann starb 1882 plötzlich durch Schlaganfall. Sie erkrankte 1881 mit galligem Erbrechen, welches zuerst 3 Wochen lang anhielt, dann in mehrtägigen Anfällen, bes. z. Z. der Regel, bis vor 6 M. wiederkehrte. 1882 trat Schwäche der Beine ein, seit 9 Mon. bestehen ruckende, blitzende, oft heftige Schmerzen in beiden Beinen und Krachen in den Kniegelenken. Der Urin fliesst zeitweise unwillkürlich ab,

muss zu andern Zeiten durch Pressen entleert werden. Die Kr. hat sich vor 6 Mon. wieder verheirathet und fühlt Wollust beim Coitus. Sie ist eine wohlgebildete, kräftige Frau mit schlaffer, magerer Muskulatur. Der Gang atactisch. Schwanken bei Augenschluss. Geringe Anästhesie der Fusssohlen. Kein Kniephänomen. Sohlenreflex normal. Beide Knie verdickt, verunstaltet, in ihnen bei Bewegungen lautes Krachen. Pupillen ungleich, gegen Licht reagirend. Nirgends Drüsenanschwellungen oder sonstige Zeichen von Syphilis.

III. Frau H., 45 J. alt, aus gesunder Familie, früher kräftig und gesund. Sie lebte immer in guten Verhältnissen und heirathete einen Kaufmann, welcher nach einigen Ehejahren laut der Aussage des Hausarztes Coll. Kretzschmar, an Syphilis erkrankte. Vor 13 J. abortirte sie zum ersten, vor 12 J. zum zweiten Mal. Ein 3. Abort erfolgte vor 6 Jahren. Ausserdem hat die Frau 6 mal geboren, aber 5 der Kinder starben bald nach der Geburt an Krämpfen. Vor 5 Jahren starb der Mann, obwohl er stark und kräftig gewesen war, an „Lungenschwindsucht". Der Kummer und die Sorge um die äussere Verhältnisse erschütterten die Frau sehr. Sie erkrankte vor 4 J. an Schwäche und reissenden Schmerzen der Beine. Seit 2 J. ist ihr Gang sehr unsicher. Sie selbst glaubt ihre Krankheit dadurch erworben zu haben, dass sie vor 6 J. ca. 1 J. lang eine „etwas dumpfige Wohnung" inne hatte, welche jedoch nach bestimmter Versicherung nicht feucht war. Deutliche Zeichen von Syphilis hat sie an sich nicht bemerkt.

Grosse hagere Frau mit schlaffer Muskulatur. Starke Ataxie der Beine, sodass die Kr. sich nur mit Mühe einige Schritte weit bewegen kann. Mässige Anästhesie der Füsse. Kein Kniephänomen. Blasenstörung. Verstopfung. Lichtstarre Pupillen.

IV. Frau B., 34 J., stammte aus gesunder Familie und war bis zu ihrer jetzigen Erkrankung kräftig und gesund. Sie heirathete 1876. Ende 1876 machte der Mann eine Reise und kam krank zurück. Der Arzt erklärte, der Mann leide an Syphilis und warnte die Frau, sie möge sich vor der Ansteckung hüten. Nichtsdestoweniger wurde der geschlechtliche Verkehr wieder aufgenommen und 1877 abortirte die Frau. Eine 2. Abortus trat 1880 ein, bei demselben verlor die Kr. viel Blut und seitdem sind ihre Beine schwach und unsicher. Die Kr. sprach selbst die Vermuthung aus, sie möchte wohl durch die Krankheit ihres Mannes angesteckt worden sein, hat aber deutliche Zeichen von Syphilis ausser defluvium capillorum nicht an sich bemerkt. Mit aller Bestimmtheit gab sie an, sich nie stärkeren Erkältungen, Strapatzen oder anderweiten Schädlichkeiten ausgesetzt zu haben.

Z. Z. bestehen lanzinirende Schmerzen in den Beinen, gelegentlich auch in den Armen. Die Kr. ist mager, ihre Muskulatur schlaff. Die Bewegungen der Beine sind deutlich atactisch, die Füsse in mässigem Grade anästhetisch. Das Kniephänomen fehlt. Die Pupillen sind mittelweit und starr. Zeichen von Syphilis bestehen nicht.

V. Frau E., 33 J., stammt aus gesunder Familie und war bis vor 5 J. vollständig gesund. Vor 14 J. heirathete sie einen anschei-

nend gesunden Mann, an welchem sie auch später nie Zeichen von Syphilis bemerkt haben will. Sie hat vor 13 J. ein Kind geboren, das mit 5 J. an Scharlach starb, vor 12 J. ein zweites, welches noch lebt. Auch an den Kindern sind Zeichen von Syphilis nicht bemerkt worden. Abortirt hat sie nicht. Vor 4 J. habe sie ein Geschwür am Muttermund gehabt, welches eine Hebamme behandelte, über dessen Natur sie keinen Aufschluss geben kann. Sie hat immer in guten Verhältnissen gelebt, als Ursache ihrer Krankheit betrachtet sie Erkältungen. Auf näheres Befragen, weiss sie aber einer bestimmten Gelegenheit, bei der sie sich erkältet habe, nicht zu entsinnen. „Es muss aber doch wohl Erkältung sein.“ Seit 5 J. bestehen reissende Schmerzen in den Beinen, seit 2 Jahren Schwäche der Beine und Unsicherheit des Ganges, seit 1 J. Urinverhaltung und Verstopfung. Die Kr. leidet früh an Uebelkeit und hat von Zeit zu Zeit Magenschmerzen.

Deutliche Ataxie. Geringe Anästhesie. Kein Kniephänomen. Schlaffe Muskulatur. Mittelweite Pupillen, deren rechte kleinere vollständig starr ist, deren linke nur bei Convergenz reagirt. Zeichen von Syphilis bestehen nicht.

In diesem letzten Falle war von Syphilis nichts zu erfahren. Ob nicht doch eine Infection vorgekommen, bleibt natürlich dahingestellt. Der Fall stimmt infofern mit den übrigen, als eine bis dahin vollständig gesunde Frau 8—9 Jahre nach der Verheirathung an Tabes erkrankte und deutliche Krankheitsursachen nicht nachgewiesen werden können.*)

Die Krankengeschichten sind so kurz wie möglich mitgetheilt. Dass es sich bei allen um typische Tabes handelte, geht schon aus diesen kurzen Angaben hervor, möge aber hiermit nochmals versichert werden.

Also in 4 von 5 Fällen war nachgewiesene oder durch Lues des Mannes und durch Aborte zu erschliessende Syphilis der Tabes vorausgegangen, während alle sonstigen Krankheitsursachen fehlten. Auf letzteren Umstand muss der Accent gelegt werden. Während Männer sich nicht nur der syphilitischen Infection, sondern meist auch andern Schädlichkeiten, welche als Ursache der Tabes angesehen werden, ausgesetzt haben, fehlen diese bei den tabeskranken Weibern. Da ist keine Erkältung, keine körperliche oder geistige Ueberanstrengung, kein Trauma, kein Alcoholismus, keine geschlechtliche Ueberreizung, welche letztere bei nicht prostituirten Frauen kaum möglich ist. Nichts bleibt übrig als die Syphilis. Einige haben gemeint, man solle die Weiber bei der Syphilis-Statistik gar nicht verwenden, weil bei ihnen die Anamnese zu unsicher sei. Das ist insofern richtig, als bei Weibern eine negative Anamnese rein gar nichts beweist, positive Fälle

*) Nachschrift. Auf erneuertes Befragen sagt die Kranke aus, der Mann gestehe auch jetzt nichts ein, doch erinnere sie sich, dass er sich nach den ersten Ehejahren für mehrere Monate von ihr zurückgezogen habe und zum Arzte gegangen sei. Zu gleicher Zeit habe sie gelb-bräunliche Flecken im Betttuch bemerkt. Seit dieser Zeit ist sie steril.

aber, wie die oben mitgetheilten, sind beweisender als Fälle bei Männern sein können, weil andere Krankheitsursachen fehlen und weil bei Weibern Tabes und Syphilis in gleicher Weise relativ selten sind. Es scheint, dass der Werth, den ausführliche und positive Anamnesen bei Weibern besitzen, bisher nicht geschätzt worden ist. Denn in der Literatur finden sich nur wenige bezügliche Angaben. L. Meyer (Archiv f. Psych. etc. XI. p. 252. 1880) hat eine Statistik veröffentlicht, deren Bedeutung daraus hervorgeht, dass er unter 19 tabeskranken Weibern nicht eine mit früherer Syphilis fand. Daraus kann man nur schliessen, dass zwischen Anamnese und Anamnese ein Unterschied ist. Buzzard u. A. haben kurze Bemerkungen gemacht über Tabes und Syphilis bei Weibern ohne sich die Bedeutungslosigkeit negativer Angaben klar zu machen.[1]) Das Wichtigste sind die neueren Angaben Erb's (Berl. klin. Wochenschr. XX. 32. p. 483. 1883). „Ich besitze Angaben über 13 tabische Frauen: davon hatten: 4 ziemlich sicher keine Syphilis; 3 angeblich keine Syphilis; aber bei der einen von diesen waren 3 Fehlgeburten vorgekommen, 4 Kinder früh gestorben und sie hatte an heftigen Kopfschmerzen gelitten; bei der zweiten war 2 mal Abortus dagewesen und sie zeigte Narben von grossen Hautulcerationen; bei der 3. war der Mann notorisch syphilitisch! 4 ganz sicher secundäre Syphilis, 1 höchst wahrscheinlich secundäre Syphilis, 1 sicher einen Schanker! Also, wenn wir die 3 zweifelhaften weglassen, unter 10 Fällen 4 ohne und 6 mit vorausgegangener Infection!" Mit Recht fügt Erb hinzu: „ich denke auch diese Zahlen sprechen laut genug." Auch Bernhardt führt einen bemerkenswerthen Fall an (dieses Centr.-Bl. VI. 20. p. 459. 1883). Eine 39 jähr. Frau, in guten Verhältnissen lebend, war 12 J. vor Beginn der Beobachtung syphilitisch geworden, 7 J. später hatte sich das z. Z. deutlich als Tabes erkennbare Leiden durch eine plötzlich eingetretene einseitige Mydriasis angekündigt.

Fasst man zusammen, was sich bis jetzt über den Gegenstand sagen lässt, so ergiebt sich folgendes. Syphilis in der Vorgeschichte der Weiber ist schwer zu entdecken, weil die Weiber noch mehr als die Männer sich scheuen, eine Infection einzugestehen, und weil in sehr vielen Fällen die Infection so wenig deutliche Folgen hat, dass die Inficirten nichts von ihr wissen und kein Zeichen sie später verräth. Syphilis ist bei nicht prostituirten Weibern viel seltener als bei den Männern, etwa 8—9 mal nach Fournier. Tabes ist bei Weibern selten, etwa 10 mal seltener als bei Männern. Trotz alledem ist bei einem grossen Theil der tabeskranken Weiber frühere syphilitische Infection nachzuweisen. Ich halte es für durchaus gerechtfertigt, auch in den von Erb als zweifelhaft bezeichneten Fällen eine Infection anzunehmen, dann hatte Erb unter 13 Fällen 9 mit früherer Syphilis. Ich hatte unter 5 Fällen 4 solche. In den genauer beschriebenen Fällen (4 von mir, 1 von Bernhardt) fand sich ausser der Infection keine andere Krankheitsursache. In ihnen trat die Tabes

[1]) Das Nähere s. aus meinen Tabesberichten in Schmidt's Jahrbüchern, deren vierter demnächst erscheinen wird.

4—7 Jahre nach der Infection auf. In ihnen war die Syphilis nie in schwerer oder gar bösartiger Form aufgetreten vielmehr meist äusserst mild verlaufen, ein Umstand, der das Gewicht der positiven Fälle vermehrt und ebenso wie der vorhergehende die Uebereinstimmung der Verhältnisse bei tabeskranken Weibern und Männern zeigt.

Dass von verschiedenen Seiten immer und immer wieder gegen den Zusammenhang von Tabes und Syphilis Widerspruch erhoben wird, muss jeden Denkenden befremden. Durch Fournier's und Erb's Statistiken und durch des letzteren Gegenprobe ist dieser Zusammenhang bewiesen, so gut sich in Erfahrungssachen etwas beweisen lässt. Negative Statistiken können jene positiven Ergebnisse nie ungültig machen und wenn ihrer noch so viel wären. Denn, dass zu wenig Fälle mit Syphilis sich ergeben können, liegt auf der Hand, ja aus der Natur der Dinge ergiebt sich, dass man nie alle Fälle früherer Infection entdecken wird, dass demnach immer die Procentzahl der Inficirten zu niedrig sein muss. Dass aber bei einer Statistik zu viel Fälle von früherer Infection gezählt werden, ist sehr unwahrscheinlich, wenn es auch hie und da vorkommen mag, dass ein Syphilidophobe eine Erosion für einen Schanker ausgiebt. Will man nicht annehmen, dass die Mehrzahl der Kranken Fournier's und Erb's sich ihre Syphilis eingebildet habe, was ein Verständiger kaum thun wird, so sehe ich nicht ein, wie man sich der Beweiskraft der von jenen Autoren gegebenen Zahlen entziehen will. Dass Viele trotzdem sich eine eigene kleine Statistik zurechtmachen und, wenn diese andere Ergebnisse liefert, auf sie pochen, hat etwas Auffallendes. Ausser der Statistik sprechen für einen Zusammenhang zwischen T. und S. die Thatsachen, dass Tabes nie vor dem Alter der Reife, nie im Greisenalter auftritt (Erb fand bei auffallend spätem Beginn der T. auffallend späte Infection), dass Tabes in den Gesellschaftsschichten am häufigsten ist, in denen die Syphilis es ist, dass, wie oben hervorgehoben, Tabes und Syphilis bei Frauen, besonders denen der oberen Stände, gleichmässig selten sind, dass nachgewiesener Maassen Tabes durch Gift (Ergotin) entstehen kann. Endlich spricht für jenen Zusammenhang die Schwächlichkeit der von den Gegnern beigebrachten Argumente. Dieselben berufen sich zum Ersten auf die pathologische Anatomie. Durch dieselbe wird nur bewiesen, dass die Tabes kein Gummi ist. Die Tabes-Statistik aber zeigt eben, dass die Syphilis auch noch andere Veränderungen als Gummata und Bindegewebssklerosen bewirken kann. Jene berufen sich zum andern auf die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Therapie bei Tabes. Von dieser bin ich auch überzeugt, sie beweist aber ebenfalls nur, dass die Tabes nicht auf einer Stufe mit den sog. secundären und tertiären Syphilissymptomen steht. Wer beweist denn, dass alle Folgen der Syphilis durch Quecksilber und Jod zu beseitigen sind? Alles, was bisher von der Tabes gesagt ist, gilt, wie ich glaube, genau ebenso von der progressiven Paralyse. Ob nicht auch gewisse Erkrankungen der Nieren, der Leber etc. ähnlich zu beurtheilen sind, steht dahin.

Soll man nun die Syphilis Ursache der Tabes nennen? Zwei

Veränderungen können in dem Verhältniss stehen, dass, wenn die eine eintritt, die andere nothwendig folgt. So ist die Sache offenbar nicht, denn die meisten Syphilitischen werden nicht tabeskrank. Oder zum Eintritt einer Veränderung erforderlich, dass eine Reihe anderer Veränderungen, die Bedingungen des Eintritts jener, vorausgegangen sind. Sicher ist die Syphilis eine Bedingung der Tabes, welche mit andern als da sind individuelle Disposition, Kältewirkung, Ueberanstrengung, den Eintritt derselben bewirkt. Ist sie aber die conditio sine qua non? Muss sie in jedem Falle der Tabes vorausgehen oder ist sie eine subordinirte Bedingung, welche durch andere vertreten werden kann? Bis jetzt kennen wir ausser der Syphilis nur eine Veränderung, welche ihr ebenbürtig zu sein scheint, die Ergotinvergiftung. Nehmen wir an, dass durch die letztere wirklich typische Tabes entstehe, so ist die nächstliegende Annahme die, zu sagen, conditio sine qua non der Tabes ist eine Vergiftung des Organismus, von den wirksamen Giften kennen wir 2, das Syphilisgift und das Ergotin, es ist möglich, dass auch andere Gifte, ev. die mancher Infectionskrankheiten, hierher zu rechnen sind.

Ob das Gift ein chemisches oder ob es an Bakterien geknüpft sei, ist offenbar eine Frage von untergeordneter Bedeutung. Dass verschiedene Gifte dieselbe Krankheit bewirken, hat nichts Auffallendes. Wir wissen, dass Degeneration peripherer Nerven sowohl durch Blei, als durch Arsen, als durch Alkohol, als durch Infectionskeime entstehen kann. Dagegen anzunehmen, dass Tabes bald durch Syphilisgift, bald durch Ueberanstrengung etc. entstehe, erscheint mir irrationell. Muss man ausser der Syphilis noch andere Hauptbedingungen der Tabes annehmen, so ist es vernünftig, dieselben in eben der Classe von Schädlichkeiten zu suchen, der die Syphilis angehört. So wäre es ja denkbar, dass dieselbe Infectionskrankheit durch mehrere Bakterienarten entstände, nicht aber, dass sie entweder durch Bakterien oder durch Erkältung oder durch Diätfehler entstände, wiewohl letztere Momente den Eintritt der Krankheit erleichtern oder beschleunigen können. Den Diätfehlern etwa bei der Cholera wären bei der Tabes die Erkältungen, Ueberanstrengungen u. s. w. gleich zu stellen. Sie sind, wie man sich wohl auch ausdrückt, Gelegenheitsursachen. Die causa prima aber ist eine Vergiftung, in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle die Syphilisvergiftung. Sollte die Ergotintabes nicht typische Tabes sein, so wäre es m. E. rationell, bis auf Weiteres für alle Fälle die Syphilis als causa prima anzusehen. Auch diese Erörterung findet auf die Paralysis progressiva Anwendung.

Zum Schluss noch einige Worte über die Rolle der Erblichkeit bei Tabes. Ich habe wohl zuerst nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die Tabes insofern zu den Neurosen im Gegensatz steht, als bei ihr die erbliche Belastung eine sehr geringe Rolle spielt. Ich fand unter 61 Fällen nur einen, in dem ein Familienglied an Tabes gelitten hatte, nur 6, wo anderweite Nervenkrankheiten (Lähmungen, Epilepsie, Nervosität) in der Familie vorgekommen waren.[1]) Auch Erb

[1]) Ueber heredit. Nervenkrankheiten. Volkmann's klin. Vortr. Nro. 171. p. 1507. 1879.

hat neuerdings[1]) betont, dass die directe Heredität für die typische Tabes so gut wie keine Bedeutung habe, dass ebensowenig die neuropathologische Belastung häufig vorkomme. In 16 Fällen von 24 fehlte die letztere vollständig. Aehnlich spricht sich Strümpell in seinem Lehrbuche aus. Von französischer Seite jedoch ist neuerdings das Gegentheil behauptet worden. Ballet und Landouzy haben unter Charcot's Auspicien eine Arbeit[2]) geliefert, worin behauptet wird, die „nervöse Erblichkeit" sei die Hauptursache der Tabes, sie sei ausreichend und vielleicht nothwendig. Sie geben u. a. folgende Statistik: keine bestimmte Ursache 61 Fälle, sichere Syphilis allein 21 F., „nervöse Erblichkeit" allein 28 F., Syphilis und Erblichkeit zusammen 7 F., früher Syphilis, wahrscheinliche Erblichkeit 3 F. Wie es kommt, dass die französischen Autoren soviel Tabeskranke, die aus neuropathischen Familien stammten, angetroffen haben, sei dahingestellt. Dass die erbliche Belastung allein zur Tabes führen könne, haben sie in keiner Weise bewiesen. Es wäre dies nach den obigen Erwägungen im höchsten Grade unwahrscheinlich. Eine Krankheit, welche einmal durch Syphilis bewirkt wird, ist nicht das andere Mal eine Transformation functioneller Neurosen. Wohl aber wird man vielleicht, sagen können, dass ein Neuropathischer, wenn er syphilitisch wird, mehr von der Tabes bedroht ist, als ein anderer Syphilitischer. Bei erblich Belasteten ist das Nervensystem lorus minoris resistentiae, die Lues vermag ihm gefährlicher zu werden als dem Hirn und Rückenmark der Robusten. Die erbliche Anlage weist sozusagen der Lues den Weg zum Nervensystem. Von diesem Gesichtspunkte ist es interessant, dass unter den nervösen Familien, welche ich beschrieben habe,[3]) nur eine war, in welcher Tabes und progressive Paralyse vorkamen, und dass nur an diesen Kranken dieser Familie Syphilis nachweisbar war.

II. Original-Vereinsbericht.

Psychiatrischer Verein in St. Petersburg.

Sitzung vom 28. Januar 1884.

249) **W. Tshycz:** *Ueber künstliche Pigmentbildung im Nervengewebe.* Ref. macht durauf aufmerksam, dass Danillo[4]) und N. Popow[5]), welche nach Vergiftung von Hunden mit Phosphor, Arsen, Blei und Quecksilber in deren Rückenmarken Pigment gefunden hatten, sich bei der Härtung der Präparate der von Erlytzky[6]) angegebenen Flüssigkeit bedient hatten, diese härtet die Gewebe rasch, was von Wei-

[1]) 8. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurol. Vgl. Neurol. Centr.-Bl. II. 13. 1883.

[2]) Vgl. Archiv de Neurol. VII. 20. p. 259. 1884.

[3]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. XL, 1 u. 2, p. 228, 1883.

[4]) Danillo, St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880. Nro. 17.

[5]) N. Popow, Virchow's Archiv, Bd. 93.

[6]) Erlitzky, Progrès medic. 1877. Nro. 39.

gert[1]) bestätigt worden ist. Erlytzky hatte nicht angegeben, welche Veränderungen das Nervengewebe bei längerem Verweilen in seiner Flüssigkeit erleidet; Tshycz[2]) fand in einem in Erlitky'scher Mischung gehärteten Rückenmarke gleichfalls Pigment, während bei der Untersuchung von 19 Rückenmarken von Paralytikern und von Hunden, die mit Morphium, Atropin, Bromkalium und Argentum nitricum vergiftet waren,[3]) nach Härtung in einer 2% Kaliumbichromatlösung keine Spur von Pigment sah, welches Danillo, N. Popow und Ref. in gleicher Weise beschrieben haben. Behufs Verificirung dieser Angaben, tödtete Ref. 2 Hunde durch Herzstich, 2 durch einen Stich zwischen Schädel und ersten Halswirbel, 4 mit Phosphor (der erste starb am 2. Tage nach einmaliger, der 2. am 4. Tage nach zweimaliger, der 3. am 7. Tage nach dreimaliger, der 4. am 10. Tage nach viermaliger Gabe), 3 mit Arsen (der 1. starb am 2. Tage nach einmaliger, der 2. am 3. Tage nach zweimaliger, der 3. am 6. Tage nach dreimaliger Gabe) und 1 mit einer einmaligen Gabe von Chloroform; ausserdem verfügte Ref. über 4 Gehirne und Rückenmarke von Kranken, welche im Leben an keiner Affection des Rückenmarks gelitten hatten. Die eine Hälfte aller dieser Gehirne und Rückenmarke wurden in der Erlitzky'schen Flüssigkeit (1,5%—2% Kali bicbrom. und 0,5% Cuprum sulphur), die andere in einer 2% Kaliumbicromatlösung gehärtet; in vielen Fällen wurde ein Theil in 45% Alcohol gelegt. In allen 16 Fällen, in welchen die Härtung mit der 2% Kaliumbicromatlösung und mit Alcohol vorgenommen worden war, fand Ref. keine Spur von Pigment, ebenso wenig wie nach einer weniger als 21 Tage dauernden Härtung in Erlitzky'scher Flüssigkeit. Nach 21 tägiger Härtung fanden sich bei einigen, nach Verlauf von 30 Tagen aber schon in allen 16 Fällen ohne Ausnahme Gruppen kleiner, schwarzer Körner, deren Menge proportional dem Grade der Härtung sich vermehrte; hierbei wurden schwarze, unregelmässig geformte, dem unbewaffneten Auge bereits sichtbare Massen angetroffen, welche an Grösse die einer grossen Nervenzelle aus dem Vorderhorn vielfach übertrafen. Diese amorphen Pigmentanhäufungen wurden überhaupt am häufigsten in der grauen Substanz (Rückenmark), besonders um die Gefässe herum, zuweilen in dieser Wände eingebettet, angetroffen. Um die grössere Gefässe lagerten die allergrössten Pigmentmassen, die kleineren lagen längs den Capillaren, einzelne Pigmentschollen wurden ausserdem in den, zwischen den Gewebselementen befindlichen Interstitien beobachtet. Zweimonatliches Liegen der Präparate in der Erlitzky'schen Flüssigkeit machten dieselben zu Anfertigung von Schnitten ganz unbrauchbar. Diese Pigmentmassen wurden von 95% Alcohol und Aether nicht angegriffen, von 2—5% Säuren und Alkalien aber zerstört. Danillo und N. Popow halten diese von ihnen ebenfalls gesehenen schwarzen Massen für pathologisches

1) Weigert, Centralbl. f. d. medicin. Wissensch. 1882. Nro. 46.
2) Tshycz, Neurolog. Centralbl. 1883. Nro. 15.
3) Tshycz, Neurolog. Centralbl. 1883. Nro. 20.

Pigment, womit Ref. nicht übereinstimmen kann und nicht glaubt, dass die von Danillo in frischen Gehirnen gefundenen „schwarzen Körner“ in körnigen Kugeln und „röthlichen Schollen“ pathologisches Pigment seien, um so weniger, als sie, seiner Ansicht nach, nichts mit den oben beschriebenen, in gehärteten Präparaten gefundenen schwarzen Massen Gemeinsames haben. Erlitzky[1]) schildert vollkommen identische schwarze Massen als pathologisches Pigment im Rückenmarke eines Paralytikers, was Ref. bezweifelt, weil E. trotz seiner Versicherung, 2% Kaliumbichromatlösung angewandt zu haben, das Gehirn gar nicht, das Rückenmark aber nur in gehärteten Präparaten untersucht hat. Ref. kommt zu dem Schlusse: 1) in dem länger als einen Monat in Erlitzky'scher Flüssigkeit gehärtetem Nervengewebe bilden sich als Kunstproduct amorphe schwarze Massen und ist 2) das Auftreten pathologischen Pigments im Rückenmark von Hunden, welche mit Phosphor, Arsen, Quecksilber und Blei vergiftet wurden, durch die Arbeiten von Danillo und N. Popow nicht bewiesen.

Sitzung vom 10./22. März 1884.

250) **Filippow** (Gast) stellt eine 18jährige Kranke mit *grosser Hysterie* aus der psychiatrischen Klinik des Prof. Mierszejewsky vor. Die Kranke weist alle Stadien der Krankheit auf, die 3 Perioden der muskulären Erscheinungen, tonus, clonus, leidenschaftliche Stellung, darauf Delirium mit nachfolgendem Schwächezustand; dabei Anwesenheit hysterogener Punkte, Anästhesie u. s. w.

251) **Pöker** *theilt die Resultate seiner histologischen Untersuchungen des Gehirns nach Arterienunterbindung mit.* Eine parenchymatöse Entzündung wird hierbei nicht beobachtet, sondern pathologische Veränderungen, wie sie von verschiedenen Autoren nach Vergiftungen und Verhungern beobachtet worden sind. Das interstitielle Gewebe nimmt an den Veränderungen keinen Antheil, die grösste Alteration fand Ref. in den nervösen Elementen, namentlich den Ganglienzellen, welche zu der Form der coagulirenden Necrose (Weigert) gezählt werden kann und von Atrophie und Schwund der Zellen gefolgt wird, die Gefässe werden wenig verändert.

252) **Mierszejewsky:** *Fall von Epilepsie*, in welchem die Anfälle jedesmal durch Anhören neuer, unbekannter musikalischer Motive hervorgerufen wurden; der Kranke verlor dabei das Bewusstsein und zeigte beim Erwachen Bisswunden an der Zunge und Extravasate an der Stirn.

253) **Danillo:** *Ueber die Fürsorge für geisteskranke Verbrecher in England* auf Grundlage theils persönlich, theils aus den Berichten der Regierungsanstalt zu Broadmoore für 1878—1880 geschöpfter Daten. Diese Anstalt kann 500 geisteskranke Verbrecher beherbergen (350 M., 150 W.), sowohl solche, welche vom Gerichte freigesprochen als auch solche, welche während der Untersuchung irrsinnig geworden sind. Ausführliches in der nächsten Lieferung des Westnik Psichiatric.

Hinze (St. Petersburg).

---

[1]) Erlitzky, Archives de physiol. vorm. et pathol. 1881.

III. Referate und Kritiken.

254) **P. Kowalewsky** (Charkow): Das Verhältniss des Linsenkerns zur Hirnrinde bei Menschen und Thieren. (Aus dem LXXXVI. Bde. der Sitzgb. d. k. Akad. d Wissensch. III. Abth. Jahrgang 1882.)

Eine vergleichend anatomische Studie aus Meynert's Laboratorium, die zur Stütze der Ansichten des Letzteren in Betreff des Linsenkerns (gegen Wernicke) führte. Die betr. Präparate gehörten folgenden Thieren an: der Fledermaus, dem Maulwurfe, dem Delphin, dem Meerschweinchen, dem Reh, der Katze, dem Affen (Cercocebus cynomolgus und Macaco) und dem Menschen. Schnitte wurden nach drei Richtungen hin durch die Gehirne der gesammten Thiere geführt: in frontaler, sagittaler und horizontaler. Die Resultate seiner Untersuchungen fasst Verf. folgendermassen am Schlusse seiner Arbeit zusammen:

1) Das äussere Glied des Linsenkernes erhält unmittelbar Faserbündel aus der Corona radiata, Capsula interna und Capsula externa. Für Thiere ist dies über alle Zweifel erhaben — an menschlichen Gehirnen sieht man das nicht an allen Präparaten.

2) Ein Theil dieser Bündel endigt im ersten Drittel des äusseren Gliedes, der andere dringt durch das ganze Glied in die Lamina medullaris und in das II. Glied des Linsenkernes.

3) Aus dem unteren Drittel des äusseren Gliedes des Linsenkernes entspringen neue Bündel, welche in das II. Glied des Linsenkernes einstrahlen.

4) Das zweite Glied des Linsenkernes erhält Bündel aus der Corona radiata durch das I. Glied des Linsenkernes, aus dem unteren Drittel des ersten Gliedes, aus der Capsula interna und der Lamina medullaris.

5) Das dritte Glied des Linsenkernes erhält Bündel aus der Capsula interna und zum Theil aus dem II. Glied.

6) Linsenkern und Nucleus candatus stellen ein Ganglion dar, welches durch die innere Kapsel in zwei Theile getheilt ist.

7) Bei einigen Theilen kann man auch Bündel sehen, welche aus der Corona radiata in den Nucleus candatus einstrahlen.

Goldstein (Aachen).

---

255) **P. J. Möbius** (Leipzig): Ueber die Empfindlichkeit der Haut. (Monatshefte f. prakt Dermatologie III. Bd. 1884. Nro. 1.) I. Prüfungsmethoden.

Nachdem Verf. in kurzen, klaren Worten das Wissenswerthe über die Messungen der Sensibilität mitgetheilt, resumirt er dahin, dass am Krankenbette vorderhand wenigstens sämmtliche Methoden zu mühsam und zeitraubend seien und dabei ungenaue Resultate liefern. Die einfachen Prüfungsmethoden behalten hier vor den Massmethoden den Vorzug. Dies bedingt jedoch keine Oberflächlichkeit der Untersuchung, sondern alle Reize, welche im gewöhnlichen Leben häufig die Haut treffen, können angewendet werden und nach allen Seiten hin kann die Untersuchung sich erstrecken.

Goldstein (Aachen).

256) **Hans Virchow** (Würzburg): Beiträge zur Kenntniss der Bewegungen des Menschen. (Sep.-Abdr. aus d. Sitzgb. d. physic.-med. Gesellsch. zu Würzburg 1883.)

1) Ueber Gehen und Stehen. Ein zu grosser Theil der beim Gehen und Stehen geleisteten Arbeit wird in den allgemein acceptirten Lehren der Gebr. Weber mechanischen Momenten, Knochen und Bändern, sowie der Schwere zugeschrieben, während Duchenne de Boulogne richtig auseinandersetzte, wie Bänderleistungen und Muskelleistungen beim Menschen sich gegenseitig bedingen und ergänzen. Verf. trennt „zusammengesetzte Synergie", bei der es sich um ein Zusammenwirken von Muskeln, die auf mehrere Gelenke vertheilt sind, handelt von „einfacher Synergie", der vereinten Leistung von Muskeln, die nur auf *einen* Knochen wirken. Als Beispiel dient die Aktion des m. biceps brachii und m. brachialis internus bei der Beugung des Vorderarms, dem gegenüber das Zusammenwirken zwischen m. triceps brachii und den beiden genannten Muskeln steht — letzteres eine „antagonistische Synergie", die von der „gleichgerichteten" geschieden werden muss. Die Form, in der sich beide Synergien mischen, ist die häufigste. Die gleichzeitige Aktion von Antagonisten bedarf eines eingehenden Studiums. Derjenige Grad von Thätigkeit, dessen Effekt *Hemmung* ist, wurde an den Kautschuckmännern oder Schlangenmenschen zunächst studirt. Macht der Akrobat uns nur Bewegungen vor, welche sich auf *ein* Gelenk beziehen, so merkt man, dass viele seiner Bewegungen nicht weiter gehen, als wie sie jeder, der seine Muskeln geübt hat, machen kann. Aber an einigen Gelenken sind die Bewegungen über die uns gesteckten Grenzen hinaus ausgedehnt; wenn z. B. der Schlangenmensch bei geraden Knien seinen Oberkörper soweit nach vorn hinunterbeugen kann, dass er den Kopf zwischen den Beinen hindurchsteckt. Analog ist die Bewegung bei den Freiübungen des Militairs: „Rumpf vorwärts beugt!" Man fühlt dabei Spannung und Schmerz auf der Rückseite des Beins, am stärksten in den Wadenmuskeln, die nicht stark zusammengezogen sind, während die an der Rückseite des Oberschenkels gelegenen Beugemuskeln des Unterschenkels harte Stränge bilden. Dies sind die Muskeln, die sich gegen den Willen der weiteren Neigung des Rumpfes nach vorn widersetzen. Die militärische Stellung dient d. Verf. des weiteren zu seinen Ausführungen. Die militärische Stellung ist eine Stellung auf dem Ballen, die Fersen dienen nur als Tastorgane und die Absätze der Stiefel als Sonden. Und da es nur eines ganz unmerklichen Vornüberneigens bedarf, um das Stürzen hervorzurufen, das letztere aber automatisch eine Bewegung der Beine nach vorne auslöst, so ist, die Situation, bei welcher der Willkühr sehr geringer Spielraum gelassen wird, als Vorbereitung für die Bewegung, hier den militärischen Schritt, die beste. Die Feinheit des Muskelgefühls und die Feinheit der Muskelleistung entwickelt sich beim Rekruten nebeneinander dadurch, dass er in einer ihm ursprünglich fremden Haltung gezwungen ist, zu balanciren. Die militärische Ausbildung ist daher in letzter Linie eine Ausbildung der Innervation. Charakeristisch für die Haltung des Knies bei der mi-

litärischen Stellung ist das „Durchdrücken“ — eine erlernte Haltung, die darin besteht, dass der Streckmuskel des Unterschenkels so stark wirkt, dass eine weitere Bewegung an den Bändern des Kniegelenkes ihre Hemmung findet. Im ersten Stadium der Uebung wird der Antagonismus der sich zur Wehr setztenden Beugemuskeln des Unterschenkels (auf der Rückseite des Oberschenkels gelegen) durch stärkere Aktion des Streckmuskels überwunden, im zweiten Stadium hat der Soldat gelernt, die Antagonisten weniger stark zu inerviren. Wir haben hier also Bänderhemmung gegen Muskelwirkung bei lebenden Menschen in einem *erlernten* Verhältniss. Auch graphisch versuchte Verf. (in Gemeinschaft mit Rieger) darzustellen, wie das Andrücken gegen Bänder die Sicherheit der Muskelaktion befördert.

2) Bewegungen Schlafender. Verf. beobachtete die Bewegungen schlafender gesunder Studenten in 4 Nächten 3, 4, 5 und 6 Stunden nach einander. Aus einer ausführlicher mitgetheilten Episode geben wir Folgendes wieder: Der Liegende war allmälig in eine Situation gerathen, in welcher seine Arme unter dem Körper steckten, die Bewegungen des Brustkorbes beschränkt waren, das Einziehen von Luft durch die Nase erschwert wurde. Vorher war der Nacken in Extensionsstellung gewesen, dann wird nach einem tiefen Athemzuge, wobei sich der mit dem Rücken aufwärts gewendete Rumpf hebt, zuerst der untere dann der obere Theil des Rumpfes schiebend aufgerichtet, der Kopf durch Beugung der Halswirbelsäule nach linhs gebracht. Diese Bewegungen werden fortgesetzt, so dass nach Beendigung derselben die Brust nach oben mit leichter Wendung nach links und oben gewendet ist. Der Schlafende führt also, in eine unangenehme Lage gerathen, zweckmässige Bewegungen aus. Es ist aber diese Zweckmässigkeit in den Bewegungen nicht eine allgemeine, wie die des Reflexes, sondern eine specielle, auf den einzelnen Fall gerichtete. Es sind daher die „unbewusst willkürlichen“ Handlungen des Schlafenden als „unbewusst speciell zweckmässige“ zu bezeichnen. Unfertige speciell zweckmässige Handlungen im Schlafe wurden vom Verf. eine Menge beobachtet. Zu betonen ist, dass die Disharmonie in der Erscheinung des Schlafenden eine wesentliche ist und dass Beugestellungen in viel höherem Grade, als erwartet wurde, sich zeigten. Bei der Untersuchung von gar Manchem, was den Schlaf ckarakterisirt, der Entspannung der Muskeln, der Verlangsamung der Reaktion auf äussere Reize etc., treten eine Menge Fragen auf, wie: in welchem Grade ermüden die einzelnen Theile oder Funktionen des Körpers? in welche Grade der Ruhe, der Inaktivität versinken sie einzeln auch während der Gesammtruhe (im Schlafe)? welche Zeit brauchen sie einzeln zu ihrer Wiederherstellung? etc. etc., welche objectiv zu beantworten sind und nach deren Beantwortung man erst weiter fragen kann, wie sie sich gegenseitig beeinflussen und wie Ruhe des einen Ruhe des andern befördert.

3) Der Beinkünstler Unthan. Der 32 jährige Unthan aus Königsberg, welcher durch angeborenen Mangel der Arme die Geschicklichkeit seiner Beine entwickeln musste und durch Uebung es dahin

brachte, fertig Violine und Cornet à piston zu spielen, diente dem Verf. zu weiteren Studien. Es ist keine Kunstfertigkeit, was wir an U. beobachten, sondern das Meiste schliesst sich an natürliche Verhältnisse an und hat desshalb besonderen Werth für die Physiolgie. Verf. führt des Näheren aus, wie Unthan den Bogen führt und wie er beim Geigen sitzt, was man im Originale nachlesen möge. Wir berühren hier das, was Verf. als mit der Frage der „antagonistischen Hemmung" zusammenfallend hervorhebt. Das Rückwärtsbeugen des Rumpfes bei gestreckten Knien überschreitet nicht die gewöhnlichen Grenzen, das Vorwärtsbeugen nicht beträchtlich, dagegen ist die Rotation der Beine so stark, dass bequem mit seitwärts gestellten Füssen gegangen und mit weit rückwärts, fast bis zu hinterem rechten Winkel gestellten Füssen (bei geraden Knien) gestanden werden kann. Die Rotation der Unterschenkel gegen die Oberschenkel bei gebeugten Knien ist sehr ausgiebig — also wieder Grade der Excursionen der Bewegungen, welche über die gewöhnlichen Grenzen hinausgehen. Und diese Grenzen sind nicht, wie es auf den ersten Augenblick scheint, durch die Bänder und Gelenke allein bestimmt. Wenn man mit gestreckten Knien den Rumpf vorwärts neigt, so kommt man nicht bis zur Berührung der vorderen Fläche der Brust mit der des Oberschenkels; dies gelingt aber, wenn man hinhockt. An den Bändern auf der Rückseite des Hüftgelenkes wird dabei nichts geändert, wohl aber an den auf der Rückseite des Hüftgelenkes gelegenen Muskeln, deren untere Ansatzpunkte den oberen genähert werden. An diesen Muskeln finden beim Beugen mit geraden Knien die Bewegungen ihre Begrenzung, bevor die Spannung der Bänder eintritt. „Das ist die antagonistische Hemmung, welche an den Beinen, von denen wir unter unseren Kulturverhältnissen mehr Fertigkeit und weniger Ausgiebigkeit der Bewegung verlangen, eine grössere Rolle spielt, als an anderen Körpertheilen." Die gelegentlich mit Dr. Rieger unternommene Prüfung der Fussmuskeln von Unthan mittelst des electr. Stromes und diejenige der Tastempfindlichkeit daselbst ist im Originale nachzusehen.

Goldstein (Aachen).

257) **Oswald Vierordt** (Leipzig): Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIV. 3 p. 688.)

Von dem klinischen Bilde des ausführlich dargestellten Falls giebt Verf. selbst folgende Uebersicht: „Ein mit beginnender Phthise behaftetes syphilitisches Mädchen erkrankt im Anschluss an eine starke Erkältung, mit Schwäche und Taubheit in den unteren Extremitäten mit Gelenkschmerzen. Die Schwäche in den unteren Extremitäten nimmt rasch zu, combinirt sich mit rapider, diffuser Atrophie; es schliesst sich Schwäche und Atrophie der oberen Extremitäten an. Electrisch findet sich 4 Wochen nach dem Beginn theils complete, theils partielle Ea R. Es kommt in den Beinen zu completer, in den Armen zu nahezu completer Lähmung. Im Verlauf sehr geringe spontane Schmerzen, aber hochgradige Hyperästhesie der Haut und wohl auch der Muskeln; deutliche aber im Vergleich zur motorisch-

trophischen Affection relativ mässige Herabsetzung der Tastempfindung — Die Lähmung ergreift die Rumpfmuskulatur, das Zwerchfell; der Puls wird sehr frequent. — Allmälig hochgradige Prostration, Delirien, Incontinenz, Decubitus; Oedem der Extremitäten. In den letzten Tagen etwas Fieber. Fünf Monate nach Beginn der Erkrankung Exitus letalis."

Speziell ist noch hervorzuheben: das Vorwiegen der Extensorenlähmung, die Zwerchfell-, und Herz-Affectionen, ferner dass die Lokalisation der Sensibilitätsstörung durchaus nicht den Gebieten der peripheren Nerven entsprach. Die Diagnose war mit grösster Wahrscheinlichkeit auf multiple Neuritis gestellt. Dem entsprach der Sectionsbefund: Es fand sich in sämmtlichen untersuchten peripheren Rücken hochgradige Degeneration in allen möglichen Stadien. Ausserdem war der Vagus an der Degeneration betheiligt. Die betheiligten Muskeln boten das Bild der Atrophie und Verfettung. Die zugleich vorhandenen Veränderungen im Gehirn und Rückenmark, bestehend in geringfügigen Blutaustritten in den grossen Ganglien sowie in Formveränderung *einzelner* Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Halstheiles glaubt Verf. mit Recht zur Erklärung des klinischen Bildes nicht in Betracht ziehen zu sollen.

Im Anschluss an diese Darstellung erwähnt Verf. noch 2 Fälle seiner Beobachtung, wo bei 2 Phthisikern die im Leben verdächtige Symptome der Neuritis geboten hatten, der pathologisch-anatomische Befund die in Frage kommende Degeneration zweifellos bot. Es ergeben damit sämmtliche bisher bekannt gewordene Fälle von multipler Neuritis eine Combination mit Tuberculose. Die Schlusserörterungen Vierordt's betreffs einer eventuellen infectiösen Ursache der noch wenig bekannten Nervenkrankheit verdienen deshalb alle Beachtung.

Langreuter (Dalldorf).

---

258) **A. Swedelin**: Ein Beitrag zur Anatomie der Doppeldaumen.
(Diss. Dorpat 1883.)

Wir heben aus den Resultaten folgendes hervor. Der supernumeräre Daumen erhält in der Regel einen, selten 2 volare Nerven vom Nervus medianus. Das Dorsum des supernumerären Daumens wird durch einen, selten durch zwei dorsale Nerven vom Ramus superficialis nervi radialis innervirt.

In 3 Fällen betheiligt sich auch der Nervus cutaneus brachii externus an der Versorgung der Rückenfläche des supernumerären Daumens.

Buch (Helsingfors).

---

259) **De Snoo**: Encephalitis chronica arenosa.
(Psychiatr. Blad. 1883. I. 2. p. 37—44 m. 3 Fig.)

V. fand bei einem 38jährigen Manne, der seit 8 Jahren an Epilepsie, seit 4 Jahren zunehmend an Dementia gelitten hatte, einen encephalitischen Process, welcher sich über die hintere Hälfte der beiden oberen Stirnwindungen erstreckte, mit Einbeziehung eines Stückes

der vorderen Centralwindung (oben) und, auf die Medianfläche übertretend, durch das Corpus callosum noch mit einem kleinen ähnlichen Stück auf der Medianseite der rechten Hemisphäre verbunden war. In der Tiefe erreicht die Veränderung links das Corpus striatum, den Linsenkern und die innere Kapsel; ein Frontalschnitt durch die Mitte des Lobulus paracentralis findet aber nur normale Gewebe ausser im Balken. Rechts ist die Anordnung ganz unregelmässig, die Ausdehnung viel geringer als links, betrifft oben auch die Insel, Streifenkörper und Linsenkern, sowie innere Kapsel.

Die Hirnrinde an den erwähnten Stellen war leicht rosenroth gefärbt, hart und trocken und knirschte unter dem Messer beim Einschneiden. Als Ursache dieser Erscheinung ergaben sich kleine eben noch mit freiem Auge sichtbare, harte, gelbliche, glänzende Körperchen (sandartig, daher *arenosa*). In der Rinde liegen sie regelmässig angeordnet in der mittleren Schicht in einer zusammenhängenden Lage, sonst sind sie regelmässig zerstreut, an einzelnen Stellen dicht gedrängt an anderen spärlich vorhanden. Ausserdem fanden sich noch in beiden Capsulae internae und auch sonst zerstreut punktförmige Haemorrhagien.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergaben sich die Sand-Körperchen als 0,16 bis 0,66 Mm. grosse concentrisch geschichtete Scheiben; die Ganglienzellen der Rinde waren degenerirt, die Nervenfasern des Markes hingegen wenig alterirt, manchmal ganz deutlich durch die concentrisch sich vergrössernden Sandkörperchen auseinandergedrängt. Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

260) **M. Vulpian:** Asphyxie et syncope locales des quatres extrémités; accidents cérébraux bulbaires et cardiaques; électrisation, amélioration.
(Gazette des hôpiteaux 1884. Nro. 9.)

Vulpian theilt einen Fall mit, wo bei einem 23 jähr. Mädchen im Anschluss an Frostbeulen der Füsse sich schwere auf das Gefässsystem beziehende Störungen einstellten, namentlich anfangs Asphyxie der Extremitäten: leichte Cyanose, Arterien klein, was übrigens nach Vulpian's Meinung ein angeborener Fehler der Patientin war. Unter dem Einfluss der Electricität röthet sich die Haut nicht, es bestand also Trägheit der Gefässnervenreflexe. Dabei war der Tastsinn fast ganz, die Schmerzempfindlichkeit für mechanische und electrische Reize vollständig vernichtet, für Wärme dagegen sehr stark erhöht. Die Asphyxie machte allmälich der letalen Syncope Platz, die Erscheinungen steigerten sich, die Hände wurden gelblich blass bis zur Handwurzel. Das Zustandekommen der Asphyxie erklärt V. auf folgende Weise: Die kleinsten Arterien verengern und entleeren sich auf's äusserste, die vis a tergo ist aufgehoben, das Blut strömt in die Venen und die Capillaren rückwärts: Cyanose. Dann erfolgt die Syncope, indem sich auch die Venen und Capillaren activ contrahiren, die Hände werden leichenblass und kalt. Die active Contractionsfähigkeit der Capillaren sei von Rouget bewiesen.

Ausserdem bestanden verschiedene Erscheinungen von Seiten des Gehirns und Herzens, welche V. ebenfalls durch Gefässstörungen in diesen Organen erklärt; während der Cyanose bestand reichliche Schweissabsonderung an den Füssen, was nach V. keine ungewöhnliche Erscheinung ist. Buch (Helsingfors).

261) **M. A. Aristow:** Einige Fälle von Nervenkrankheiten bei Soldaten des 152. Wladikawkas'schen Infanterie-Regimentes.

(Protokolle der Kaukassischen Med. Gesellschaft 1883—84 Nro. 5.)

I. Ein Fall von doppelseitiger Lähmung des Nervus hypoglossus. Haupterscheinungen waren: 1) allgemeine tonische Krämpfe bei vollständiger Bewusstlosigkeit und Reactionslosigkeit für jegliche Reize 2) beidseitige Lähmung des Nervus hypoglossus, 3) rasches Verschwinden der krampfhaften Erscheinungen.

Da die älteren Geschwister des Kranken, seiner Angabe nach, an ererbter Syphilis starben und er selbst sonstige Zeichen derselben trägt, besonders nächtliche Schmerzen in den Knochen nimmt Verf. als Krankheitsursache Syphilis an.

II. Ein Fall von Aphasie. Nach einem einige Tage dauernden Unwohlsein mit unregelmässigen Fieberanfällen, zeigte sich plötzlich ein Anfall von starker Aufregung. Der Kranke stösst unarticulirte Laute aus, gesticulirt heftig, greift nach den umgebenden Personen, knirscht mit den Zähnen; dabei die Pupillen stark erweitert, die Gefässe der Sclera hyperämisch, vollständiger Verlust des Sprachvermögens. Auf die Frage was ihn schmerze, zeigt er erst nach mehrmaliger Wiederholung derselben auf die Lendengegend des Rückens und auf die Schläfen; seine Wünsche drückt er durch Geberden aus und ärgert sich, wenn man ihn nicht versteht. Auf Fragen antwortet er schriftlich, wobei er sich ärgert, wenn er seine Gedanken nicht klar wiedergeben kann. Ehe er die Antwort niederschreibt, starrt er in den Raum, offenbar um sich eines Namens, Wortes oder auch Buchstabens zu erinnern und geräth in ein kindisches Entzücken, wenn man ihm das Vergessene vorsagt. Er schreibt schnell, doch mit unregelmässigen Buchstaben, welche häufig unnöthige Schnörkel erhalten und bisweilen verwechselt werden; offenbar besteht Störung der Coordination, was sich auch bei Gehversuchen zeigt; alle Symptome vergingen nach einigen Tagen unter Chininbehandlung. Verf. bezieht die Krankheit auf Malariaaffection, welche Diagnose er stützt einerseits durch die erhöhte Körpertemperatur des Kranken, die erhöhte Herzthätigkeit, Vergrösserung der Milz und Malariaendemie und andererseits durch Ausschluss anderer Krankheiten.

III. Ein Fall von Katalepsie. In Folge von Heimweh bildet sich bei einem Rekruten eine depressive Geistesstörung, welche vom Verf. als melancholia passiva diagnosticirt wird und mit echter Katalepsie einherging. Buch (Helsingfors).

262) **W. G. Nesterow**: Zur Casuistik des Diabetes insipidus.
(Medicinskoje obosrenie 1884 H. 4.)

Ein 18jähriges Mädchen aus nervöser Familie hatte im Alter von 10 Jahren einen Typhus durchgemacht und begann seit jener Zeit an anämischer Fettleibigkeit zu leiden; im Alter von 13 Jahren zum ersten Male menstruirt, wobei sich Choreaanfälle zeigten; mit 16 Jahren eine Kur in Marienbad (Kreuzbrunnen), wonach die Anämie verschlimmert, die Fettleibigkeit aber nicht vermindert wurde und hartnäckige Verstopfungen eintraten die ein Jahr dauerten, dabei $1^1/_2$ Monate lang heftige cardialgische Anfälle, die mit Aufstossen endeten; Kur in Vichy ohne Erfolg. Ein halbes Jahr ehe Verf. sie sah erlitt Pat. eine heftige Gemüthsbewegung, wonach sogleich Erbrechen folgte. Dann Verminderung des früher sehr guten Appetites, rasche Abmagerung, allgemeine Schwäche, starker Durst.

St. pr. Starke Abmagerung, Haut trocken, schuppig, von erdig blasser Farbe, Appetit genügend, doch erfolgt nach dem Genuss fester Speise sofort Erbrechen; Pat. trinkt täglich ungefähr 50 Trinkgläser Flüssigkeit; Harnausscheidung vermehrt, Meteorismus; Empfindlichkeit in der Richtung des Colon; ein bis zweimal täglich breiige Dejectionen; Schlaf ungenügend; reizbar deprimirter Geisteszustand, sonst keine Störung. Die mittlere tägliche Harnmenge für 7 Tage betrug 7675 Cbcm. wovon für die Nacht von 9 Uhr Abends bis 9 Uhr Morgens 4840 für den Tag 2835 kamen; der Harn ist blass, klar, von schwach saurer Reaction, spec. Gewicht 1010, enthält weder Zucker noch Eiweiss. Das Blut enthält im Mittel aus 60 Zählungen 1 weisses auf 82 rothe Blutkörperchen.

Verf. bezieht seinen Fall auf eine Affection des Plexus solaris, wie in den Fällen von Dickinson und Haughton, Senator, Schapiro; gestützt auf die Experimente von Eckhard und Peysari. Als disponirendes Moment sieht Verf. auch ausser der nervösen Belastung die anämische Fettleibigkeit an. Interessant ist der Beginn des Leidens nach einer starken Gemüthsbewegung.

In *therapeutischer* Hinsicht ist hervorzuheben der vorzügliche Erfolg der Arsenikbehandlung, welche nach Verf. bei Diabetes insipidus bisher noch nicht vorgeschlagen worden ist; dieselbe wurde von der zweiten Woche an eingeleitet; es wurde gegeben Liquor Fowleri 2 mal täglich 5 Tropfen mit allmäliger Erhöhung der Dosis. Der Erfolg der Behandlung trat besonders deutlich hervor in der Herabsetzung der Harnmenge wie aus folgenden Zahlen ersichtlich.

1. Woche = 7675 Cbcm.
2. „ = 6240 „
3. „ = 3860 „
4. „ = 1800 „
5. „ = 1520 „
6. „ = 1360 „

In gleicher Zeit besserten sich auch alle übrigen Erscheinungen und nach 6 wöchentlicher Behandlung konnte Pat. als geheilt entlassen werden. Buch (Helsingfors).

263) **P. Hurd** (Newburyport, Mass): Functional diseases of the heart. (Functionelle Herzkrankheiten.) (The medic. Record 20. Octbr., 18. Novbr. 29. Decbr 1883.)

Verf. bespricht zunächst die Lage und die Functionen der verschiedenen die Herzbewegung beeinflussenden Nerven: 1. Von den *intracardialen Ganglien*, die wesentlich den Rythmus der Herzbewegungen veranlassen, liegen einige (die Remak'schen) an der Eintrittsstelle der Herzzweige des n. sympath. und vagus, deren Endäste aufnehmend; andere (die von Bidder und Ludwig) liegen in der auriculo-ventriculären Furche und bilden, Fasern theils zu Muskelbündeln theils zum Endocardium schickend, in gewissem Grade unabhängige excitomotorische Nervencentren.

2. *Die extracardialen Ganglien* befinden sich grösstentheils in der medull. oblong. und machen je nach dem empfangenen Eindrucke Beschleunigung oder Verlangsamung der Herzaction; andere liegen in dem Cervicaltheile des Rk.'s, stehen in innigstem Zusammenhange mit dem vasomotorischen Centrum und bewirken bei Reizungen Beschleunigung der Herzaction.

3. *Die nn. accelatores cordis* hängen eng mit dem Sympath. und dem Halsmarke zusammen, scheinen durch Nervengifte nicht beeinflusst zu werden, und wirken nicht als Antagonisten des n. vagus. Auf reflectorischem Wege entsteht Beschleunigung der Herzaction auch durch Reizung der nn. splanchnici.

4. Unter *den nn. moderatores cordis* ist der wichtigste der vagus, der bekanntlich, mässig gereizt, directe Verlangsamung, heftig gereizt, Stillstand des Herzens in der Diastole etc. bewirkt. Ausserdem ist noch wichtig der von Ludwig und Cyon entdeckte sensible *n. depressor cordis*, der, gemeinsam mit dem vagus aus der medulla oblong. kommend, nach Reizungen seiner endocardialen Endfäden auf reflectorischem Wege hochgradige Dilatation der abdominellen Blutgefässe und dadurch Verlangsamung der Herzaction herbeiführt. Im Uebrigen haben die vasomotorischen Nerven des ganzen Körpers Einfluss auf die Herzbewegungen: Reizungen sensibler Nerven setzen durch Reizung der Vasoconstrictoren Gefässverengerung und steigern dadurch die Frequenz und Energie der Herzschläge (Erweiterung der peripheren Blutgefässe wirkt umgekehrt); Durchschneidung des n. splanchnic. major setzt abdominelle Vasodilatation mit folgender Verlangsamung der Herzschläge u. s. w. In Folge dieses verschiedenen Einflusses der Erweiterung und Verengerung peripherer Gefässe auf die Herzbewegungen können zeitweise oder andauernde functionelle Störungen des Herzens entstehen (trotz normaler Muskulatur und Klappen), die gelegentlich allmälig zu organischen Erkrankungen desselben führen (z. B. Dilatation und Hypertrophie nach arterio-capillärer Sclerose etc.).

Auch geistige und körperliche Anstrengungen vermehren die Herzaction; sind dieselbe relativ zu stark, so entstehen gleichfalls functionelle Störungen (Ataxie, Arythmi, Intermittenz der Schläge, Dilatation u. s. w.). Ebenso wirken gewisse Gifte, namentlich Nicotin, beschleunigend auf die Herzaction (durch Paralyse der nn. moderat. resp.

der medull. oblong.); endlich wird dieselbe in verschiedener Weise durch Gemüthsbewegungen etc. beeinflusst: durch längere Dauer und Wiederholung derselben entstehen gleichfalls bleibende, schliesslich vielleicht zu organischen Erkrankungen führende functionelle Herzstörungen, (chronische Palpitationen u. s. w.).

Verf. theilt sodann im 2. Theile der Abhandlung die *functionellen Herzerkrankungen* ein: 1. in *asthenische*, zu vorübergehender oder wahrscheinlich sogar zu dauernder Dilatation führende (durch excessive Muskelanstrengungen oder durch Erkrankungen der Lunge, der Nieren, der Leber u. s. w. wurde das Venensystem und das rechte Herz so blutüberfüllt, dass der linke Ventrikel nur mit grosser Anstrengung das Arteriensystem mit Blut füllen konnte, allmälig, zumal wenn die allgemeine Körperernährung schlechter oder das Herz durch Stimulantien (Spirituosen etc.) öfter gereizt wurde, erlahmte und endlich passiv dilatirt wurde); 2. *in solche mit krankhaft verändertem Rythmus* (a. *Arythmie*, die nach Heidenhain im Allgemeinen von Reizungen des Rk's mit folgender Action der Vasomotoren abhängt, auch bei Electrisation der peripheren Vaguszweige eintritt; b. *Intermittenz*, deren Ursachen noch ziemlich dunkel sind; c. *Palpitationen*, die stets ein Zeichen mangelnder Herzkraft sind, oft von veränderter Herzlage (durch pleurit. Ergüsse etc.), auch wohl von Paralyse des n. vagus oder der cardialen Ganglien in der medull. obl. (Nicotin, Thee, Kaffee, abnorme Blutbeschaffenheit) abhängen; oft findet sich dabei, meist in Folge vorhandener Dilatation, abnorme Verbreitung des Herzstosses. 3. in *solche mit neuralgischen Störungen (Cardiodynie)*; sind dieselbe irgend erheblich, so handelt es sich nach Huchard (Revue de médécine, April, Juni, Aug., Septbr. 1883) im Gegensatze zu der functionellen „falschen" Angina pectoris, die durch nervöse, reflectorische, toxische, diathetische Einflüsse entsteht um „ächte" Angina pectoris, eine organische, durch Ischämie der Herzmuskulatur in Folge atheromatöser Entartung der Kranzarterien oder Aortenläsionen entstehende Erkrankung.

Im 3. (klinischen) Theile der Abhandlung gibt Verf. zur Illustration des Vorstehenden 18 zum Theil sehr instructive Krankengeschichten. Voigt (Oeynhausen).

---

264) **Lewis Smith** (New-York): Cerebrospinal Fever (Spoted Fever. Cerebro-Spinal Meningitis.) (The med. Record vom 24. Novbr., 1., 8., 15., 22. Decbr. 1883.)

S. sagt, dass die eigentliche Ursache dieser Erkrankung noch nicht bekannt sei, da noch der Beweis ausstehe, dass die von Leyden sowohl als Gandier gefundenen Mikrokokken in ursächlichem Zusammenhange mit derselben stehen; jedenfalls wirkten schlechte hygienische Verhältnisse prädisponirend, daher die Krankheit im Winter am häufigsten sei (schlechte Ventilation, Ueberfüllung der Wohnräume etc. Hirsch). Die Krankheit sei meist nicht contagiös, doch seien einige Fälle von Uebertragung durch Contagium constatirt; jedenfalls könne durch passende hygienische Massregeln eine solche Uebertragung verhütet werden. Interessant sei das Vorkommen der Erkrankung bei Thie-

ren; eine Uebertragung von diesen auf den Menschen sei nicht beobachtet. Es scheine, als ob geistige Erregungen und körperliche Ueberanstrengungen geeignet seien, den Ausbruch der Krankheit zu beschleunigen. Dieselbe komme bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich häufig vor und zwar am häufigsten bei Kindern bis zum 15. Jahre. — Sodann giebt V., nachdem er einige milde Fälle (Abortivform) erzählt, auch die verschiedenen Anfangsarten der Krankheit beschrieben hat, eine genaue Symptomatologie derselben, zugleich eine Liste von 36 Fällen anführend, in der er unter Anderm namentlich die ungewöhnlichen oder besonders bemerkenswerthen Symptome notirt hat. Weiterhin führt er die jetzt allgemein herrschende Ansicht über das Wesen der Erkrankung an, gibt einige statistische Notizen rücksichtlich der Mortalität (in New-York, wo die Krankheit seit etwa 10 Jahren endemisch ist, starben 1872 deren 782, 1881 bis 461, in jedem der dazwischen liegenden Jahren 100—200) und bespricht auf Grund von 76 Sectionsbefunden die anatomischen Charactere der Erkrankung: ungewöhnlich dunkles Blut, kleine, weiche dunkle Klumpen und, nicht von Fäulniss abhängend, Gasblasen in denselben zeigen eine maligne Form an; erfolgt der Tod im Stadium der acuten Entzündung, so sind die Sinus und Hirnblutgefässe, sowie die Meningen ganz oder fleckweise blutüberfüllt, die Zwischenräume und Maschen der letztern noch frei oder schon angefüllt mit Serum, Fibrin, weniger oder vielen Eiterkörperchen, oft schon sehr früh, namentlich längs der Gefässe, verfärbt; bei länger dauernder Krankheit kann sich durch wässrige Ansammlungen in den Ventrikeln Hirnanämie ausbilden; zuweilen findet sich und zwar oft schon wenige Tage nach Beginn der Erkrankung Hirnerweichung; die Spinalmeningen und das Rk. sind gewöhnlich in derselben Weise afficirt wie das Hirn und seine Häute; in den übrigen Körperorganen finden sich gelegentlich die verschiedensten, für die Erkrankung jedoch nicht characteristischen Läsionen. Rücksichtlich der Prognose sagt Verf., dass sie am schlechtesten in der 1. Woche ist, dass überhaupt ungefähr die Hälfte der Erkrankten stirbt, dass das Alter unter 5 und über 30 Jahren die schlechtesten Aussichten giebt, dass Temperaturen über 40,5 C., zahlreiche Petechien, anfallende Albuminurie, maniakalische Delirien, Complicationen mit Lungen- und anderen Krankheiten verhängnissvoll sind. — Betreffs der Behandlung empfiehlt Verf., abgesehen von den so nothwendigen allgemeinen hygienischen Massregeln, Eis auf Kopf und Nacken (keine Blutentziehungen!), reizende Einreibungen (Campheröl, Terpentin) längs der Wirbelsäule, innerlich als Antihyperämicum und Sedativum Bromkali (anfangs, ev. tagelang, 2stündlich 4 gram für ein Kind von 2 Jahren, bei vorhandener Eclampsie sogar 5—10 minütlich), ebenso Ergotin (kein Chinin!), bei vorhandenen oder drohenden Convulsionen heisse Fuss- oder allgemeine warme Bäder, gegen heftigen Kopfschmerz und Schlaflosigkeit kleine Dosen Opium oder Chloralhydrat (dies auch gegen Eclampsie), zur Beseitigung zurückbleibender seröser Massen etc. Jodkali, überhaupt gute, nahrhafte Diät, geistige und körperliche Ruhe, vor Allem aufmerksamste Pflege seitens der Wärter und Angehörigen. Voigt (Oeynhausen).

265) **A. Munoz:** La estricnina en el tratamiento del alcoholismo. (Strychnin gegen Alkoholismus.) (Medicina contemporanea 1883. A. 1. Nro. 5. p. 133—139.)

M. behandelte im Jahre 1879 einen Säufer, der abgesehen von Magencatarrh und Leberanschoppung auch an nervösen Erscheinungen litt. Erweiterte Pupillen, Schlaflosigkeit, ausstrahlende Schmerzen in der Gegend des ersten Lendenwirbels, merkliche Anästhesie und leichte Parese der unteren Extremitäten, Tremores, erschwertes Harnlassen, Puls und Temperatur bisher als normal. Es wurde die Diagnose auf Myelitis oder Meningo-Myelitis gestellt und angenommen, dass diese durch den übermässigen Alcoholgenuss verursacht wurde. Die mannigfaltigsten Heilmittel waren ohne Nutzen versucht worden. Lutons Erfolge mit Strychnin bei Alcoholismus waren damals noch nicht publicirt, ebensowenig jene Cerenville's bei Myelitis und anderen Affectionen des Nervensystems. M. versuchte Strychnin, da es ihm in einem Falle von Hemiplegie gute Dienste geleistet hatte. Er machte von einer Lösung schwefelsauren Strychnin's in Wasser (1:10) subcutane Injectionen und zwar von 1 Milligramm im Tage ansteigend. Bereits nach 2 Monaten waren alle nervösen Symptome geschwunden, die gastrischen gebessert und auch diese waren bald ganz gehoben, nachdem die Strychnindosis nicht mehr durch subcutane Injection, sondern innerlich verabreicht wurde. M. sah den Genesenen noch nach $1^1/_2$ Jahren ganz gesund.

Seitdem hat M. in vielen Fällen von *Delirium tremens* subcutane Injectionen von Strychnin verwendet, immer mit dem besten Erfolge. Er fand ebenso wie Luton, dass die Alcoholiker enorme Dosen von Strychnin vertragen und brauchen, hält es aber für zweckmässig mit der kleinsten Dosis zu beginnen, auf dass nicht etwa ein zufälliger Irrthum in der Diagnose verhängnissvoll werde.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

266) **Motet** (Paris): Délires instanstanés transitoires consécutifs à des crises épileptiques. (L'Encéphale. 1884. Bd. IV. H. 1.)

I. Ein 24 jähr. Arbeiter hatte 2 Pferde seines Dienstherrn in scheusslicher Weise getödtet: er ging mit dem Arm durch den Anus ein und zeriss ihnen die Gedärme. — X. war hereditär nicht belastet, hatte jedoch mit 11 Jahren eine schwere Kopfverletzung (Schlag auf den Kopf) mit nachfolgender dreitägiger Bewusstlosigkeit erlitten von der ihm eine schmerzhafte Narbe zurückblieb. Vor 3 Jahren erhielt er gelegentlich eines kleinen Streites von seinem Dienstherrn ein paar Ohrfeigen: darauf starke Erregung, er wird schlaflos, will in der Nacht aufstehen, und den Betreffenden züchtigen, muss festgehalten werden, verkennt die Umgebung. 3 Jahre später nach Genuss geringer Quanta Alcohols plötzlicher heftiger Tobsuchtsanfall mit nachfolgender Amnesie; einige Wochen hierauf während des Mittagsessens Krampfanfall und im Anschluss an diesen heftiger Tobanfall — wieder totale Amnesie; 1 Monat später, etwa 4 Wochen vor der incriminirten Handlung abermals leichter Anfall. Am 24. Juli 1882 hatte er mässig getrunken

und kam Abends in das Haus des Dienstherrn, bei dem er von da ab während der Ernte bleiben sollte, nachdem er schon mehrere Jahre hindurch daselbst zu dieser Zeit beschäftigt war: Abends geht er in ein Wirthshaus, trinkt eine kleine Quantität Schnaps, beim Schlafengehen klagt er sich unwohl; steht in der Nacht auf und begiebt sich nach dem Stall, in dem er bereits in früheren Jahren geschlafen hatte: in diesem Stalle und zu dieser Zeit hatte die Verstümmelung der Thiere stattgefunden. X. wurde des Morgens in seiner Kammer tief schlafend, jedoch mit den Spuren der That an seinen Kleidern, gefunden: er wusste in der Untersuchung von dem Akte selbst gar Nichts, erinnerte sich nur, an dem Abende viel Ohrensaussen gehabt zu haben, und in der Nacht nach dem Stalle gegangen zu sein, zu welchem Zweck, weiss er nicht. Während der Zeit der gerichtl. Untersuchung bekam er einmal einen Krampfanfall mit sich anschliessender Verwirrtheit und Gereiztheit und darauffolgendem tiefen Schlafe.

Gutachten: X. leidet an theils vertiginösen, theils convulsiven epileptoiden Anfällen uud damit einhergehender vorübergehender geistiger Störung, während deren er nicht zurechnungsfähig ist; in einem solchen Zustande hat er die qu. Handlung begangen.

II. 37 jähriger Portier verschwindet eines Tages mit einer Summe ihm anvertrauten Geldes und stellt sich zurückgekehrt freiwillig dem Gerichte. — Dieser Mann, ebenfalls hereditär nicht belastet, hatte vor 13 Jahren einen schweren Sturz vom Baugerüst erlitten: er blieb 3 Tage lang in comatösem Zustande und erholte sich nur sehr langsam wieder. Späterhin hatte er häufig ganz kurze Absencen, zwischendurch jedoch auch längere „Krisen", wähend deren er tagelang lief, ohne Zweck, ohne zu wissen, wohin; er fand sich dann auf ein Mal an irgend einem Orte, ohne zu wissen, wie er dahingekommen. An dem Tage des Verbrechens verlässt er sein Haus mit dem Gelde, geht in Hausschuhen zum Bahnhofe, fährt nach Marseille, von da zurück nach Toulon, Lyon, sodann wieder zurück nach Paris, wo er, nach einigen Tagen, zu sich gekommen, sich der Polizei stellt.

Gutachten: ähnlich wie bei Fall I. Freisprechung.

M. macht auf die beiden Fälle gemeinsame Aetiologie der Schädelverletzung aufmerksam: sie findet sich ungemein häufig als Ursache dieser epileptoiden Zustände. Schoenthal (Grafenberg).

---

267) **Knecht** (Colditz): Ueber die Verbreitung physischer Degeneration bei Verbrechern und die Beziehungen zwischen Degenerationszeichen und Neuropathien. (Allg. Zeitschr. f. Psych Bd. 40. H. 4. 1883.)

Die Untersuchungen des Verf.'s erstrecken sich auf 1214 männliche Strafgefangene (meist Gewohnheitsverbrecher). Es fanden sich darunter 579 (nahezu 48%) mit Abweichungen vom normalen Typus in ihrer ännsseren Körperbildung. Nur bei 130 waren die Degenerationszeichen einfach vertreten, alle übrigen trugen eine mehr oder weniger grosse Zahl davon an sich. Von psychischen Störungen kam 41 mal angeborner Schwachsinn vor. Etwa die Hälfte dieser Schwachsinnigen wies höhere Grade von Idiotie auf, 8 waren zugleich epilep-

tisch. 2 davon waren wegen Brandstiftung, einer wegen Meineids, einer wegen Unzucht mit Kindern verurtheilt. 2 Schwachsinnige, von denen der eine später noch eine akute Psychose bekam, waren wegen Incestes bestraft. An senilem Schwachsinn litten 11, bei 3 hatte sich der Schwachsinn im Anschluss an Epilepsie entwickelt. Bei 5 dieser Kranken musste man das Verbrechen als Folge ihres gestörten Geisteszustandes betrachten. Es handelte sich um Brandstiftung (2), Meineid (2), Incest (1). Von anderweitigen geistig gestörten sind 7 mit bestehender Psychose in die Strafanstalt eingeliefert worden und zwar mit progressiver Paralyse 2 (der eine wegen Betrugs verurtheilt und trotz Lähmung der Beine, Blindheit und der geistigen Störung von dem Gerichtsarzte für einen Simulanten erklärt, starb schon nach 8 Tagen. Die Section ergab dicke Pseudomembranen über den Stirnlappen, graue Degeneration der Sehnerven etc.) Melancholie 1, die übrigen litten an Wahnsinn und primärer Verwirrtheit. Im Ganzen waren reichlich 7% mit psychischen Defecten oder einer solchen Disposition zu Psychosen behaftet, dass vor oder während der Gefangenschaft eine solche bei ihnen ausbrach. 5% waren Epileptiker. Ausserdem fanden sich 6 Fälle von Facialiskrampf, 1 von Muskelatrophie eines Arms, 1 von Parese der Beine (nicht systematische Rückenmarkserkrankung), 1 von Tabes, 1 von angeborner Parese einer ganzen Körperhälfte, 2 von Hemiparese nach Apoplexie. 212 waren Gewohnheitstrinker (17,5%). Die Besprechung der Beziehungen zwischen Degenerationszeichen und Neuropathien führt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die sogenannten Degenerationszeichen bilden den häufigsten Ausdruck der neuropathischen Disposition.

2. Die Träger derselben besitzen eine 3—4 mal so grosse Neigung, an Psychosen und Neurosen zu erkranken, als normal gebildete Menschen.

3. Das Freisein von Bildungsanomalien bietet für direct erblich Belastete keine erhebliche Garantie gegen die Erkrankung an Psychosen oder Neurosen.

4. In Bezug auf die Schwere der Belastung sind die Nachkommen von Epileptikern und Trinkern am meisten gefährdet.

Die Frage, in welchem Verhältniss die Häufigkeit der neuropathischen Belastung bei Verbrechern zu ihrer Verbreitung bei der freien Bevölkerung steht, ist bei den mangelnden Vorarbeiten in Deutschland nicht zu ermitteln. Kron (Berlin).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bendorf bei Koblenz, Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt; Assistenzarzt, sogleich; M. 1500, freie Station. 2) Stephansfeld, Assistenzarzt, 900 M., freie Station. 3) Klingenmünster, II. Hilfsarzt, 1200 M., Verpfl. I. Classe. 4) Illenau, Hilfsarzt, sogleich, M. 1200, freie Station. 5) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg) i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Gummersbach (Köln), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 11/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 15. Mai 1884. Nro. 10.

INHALT.

I. Originalien. Albert Rosenthal: Ein Fall von multiplen Erweichungsherden im Gehirn auf luëtischer Basis.

II. Original-Vereinsberichte. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

III. Referate und Kritiken. Girandeau: Bemerkung über einen Fall von radiculärer Lähmung des plexus brachialis Bechterew: Ueber den Zusamnenhang der sog. peripheren Gleichgewichtsorgane mit dem Kleinhirn. Walker: Ausgedehnte Splitterfractur des Schädels, Heilung. Minkowski: Primäre Seitenstrangsklerose nach Lues. Curschmann und Eisenlohr: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes zoster. Mann: Ueber Serratuslähmung. Michelson: Ueber Dujardin-Beaumetz's „Femme autographique" und Urticaria facticia im Allgemeinen. Heinlein: Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf der Basis des akuten Gelenkrheumatismus. Baillarger: Ueber die Theorie der allgemeinen Paralyse und zwar über den paralytischen Irrsinn und den paralytischen Blödsinn als zwei verschiedene Krankheiten. Jahresbericht des Eastern Michigan Asylum zu Pontias 1882.

IV. Aus den Vereinen. I. Patological Society zu New-York. II. Neurological Society zu New-York. III. Psychiatrischer Verein in St. Petersburg.

V. Miscellen. Corning: Elektrisationdes N. sympathicus und Pneumogastricus mit gleichzeitiger bilateraler Compression der Carotiden. Fingerhut-Elektrode.

VI. Personalien.

I. Originalien.

Ein Fall von multiplen Erweichungsherden im Gehirn auf luëtischer Basis.

Von Dr. med. ALBERT ROSENTHAL,

Ordinator an der Irrenanstalt zu Warschau.

Patient, ein 25 jähriger Dienstmann wurde am 30. Januar 1884 auf meine Abtheilung gebracht. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, dass in seiner Familie keine psychoneuropatische Disposition nachzuweisen ist. Im 17. Lebensjahre machte P. eine Gonorrhöe durch, wobei in Folge von Selbstansteckung eine Conjunctivitis et Keratitis blennorrhoica hinzutritt. Vor 5 Jahren zog sich P. eine luëtische Infection zu, die eine energische specifische Kur veranlasste. Etwa

8 Monate vor der Aufnahme wurde P. von linksseitiger Hemiplegie befallen, die nach einigen Wochen zurückging, jedoch eine Parese und Anästhesie der linken Oberextremität zurückliess. Späterhin etwa vor 3 Monaten fiel den Angehörigen des Kranken eine gewisse Schwerhörigkeit auf, die sich schnell zur vollständigen Taubheit steigerte. Zu gleicher Zeit traten auch deutliche Symptome psychischer Störung ein, wie: Schlaflosigkeit, Ungebundenheit, tobsüchtige Anfälle; dazu kamen Verfolgungsideen, in Folge deren P. einige Male aus seiner Wohnung davonlief, wie auch Versuche machte, aus der 4. Etage sich durch's Fenster hinunter zu stürzen.

P. ist von kleiner Statur, regelmässigem Körperbau, Muskulatur schwach entwickelt, Fettpolster gering; die Haut ist blass, von verminderter Elasticität, die Schleimhäute erscheinen anämisch. Am Kopfe keine Abnormitäten nachweisbar. Die linke Cornea ist vollständig getrübt, die rechte ist schwächer von den Folgen der Keratitis betroffen (leucoma corneae). Die rechte Nasolabialfalte ist deutlicher ausgeprägt als die linke. Das Gehör scheint vollständig vernichtet zu sein, da der Kranke weder auf Geräusche achtet noch ein Wort von dem zu ihm Gesprochenen vernimmt und nur Nichtzugehöriges äussert. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Die Articulation der Sprache ist ungestört. Die Untersuchung anderer Sinne wie: Geschmack, Hautsensibilität u. s. w. ist bei der Bewusstseinstrübung des Kranken unmöglich; es zeigte sich jedoch, dass tiefe Nadelstiche an den linken Extremitäten schwächer empfunden werden, als an den rechten. Die Bewegungen der r. Oberextremität sind frei, die der linken ein wenig abgeschwächt. Der Gang ist, abgesehen von der Blindheit, ungestört; die Patellarreflexe sind normal. Die Untersuchung der inneren Organe sowohl der Brust wie auch der Bauchhöhle erwies keine bemerkenswerthen Abnormitäten. Der Kranke ist unruhig, geht im Zimmer herum, spricht zu sich, versteht keine der an ihn gerichteten Fragen; über seine Personalien gefragt, antwortet er stets dasselbe: dass man ihn nach Hause begleite (dabei bezeichnet er Strasse und Nummer seiner Wohnung) dass er dafür bezahlen werde. Der Appetit ist ziemlich gut, Stuhl und Urinentleerung normal; Schlaf unruhig. — In den folgenden Tagen stets unruhig bei verdunkeltem Bewusstsein, spricht viel ohne auf die Umgebung zu achten, beim Befragen äussert er manchmal „w“ (was?) und redet sogleich weiter in obigem Sinne. So verblieb der Zustand 7 Tage bis zum 6. Februar Morgens 6 Uhr, als sich epileptische Anfälle einstellten. Der Anfall äusserte sich in klonischen Zuckungen hauptsächlich der linken Oberextremität, die rechte verblieb dabei in tonischer Starre, der Kopf war nach rechts gewendet. Jeder Anfall dauerte 2—3 Minuten, im Laufe von 3 Stunden wurden deren etwa 8 aufgezählt. Um 10 Uhr des Morgens trat der Tod ein.

Die am nächsten Tage ausgeführte *Autopsie* erwies Lungenhyperämie, atheromatöse Entartung der Aorta, syphilitisches Gumma der linken Niere. Schädelknochen und Gehirnhäute normal; A. basilaris et cerebri post dext. stark verdickt und durch gelb gefärbte Thromben

von je 2 Ctm. Länge verpfropft; die A. fossae Sylvii dex. und a. corporis callosi dex. durch frische Thromben verlegt. Der lobus temporalis dexter erscheint bedeutend aufgetrieben im Vergleich mit dem linken; bei Durchschnitt trifft das Messer verminderte Resistenz und es zeigt sich ein gelblich-weisser Erweichungsherd der weissen Substanz, dessen Längsdurchmesser 8 Ctm., Quer- 2 Ctm. und Tiefe $3^1/_2$ Ctm. beträgt; die Erweichung greift in der Tiefe auf die rechte äussere Kapsel und den äusseren Theil des Linsenkerns über. In der weissen Substanz des rechten Hinterhauptslappens erwies sich ebenfalls ein weisslichgelber Erweichungsherd, dessen Längsdurchmesser $4^1/_2$ Ctm., Quer- und Höhendurchmesser je $1^1/_2$ Ctm. betrifft. In der weissen Substanz des Kleinhirns findet sich rechterseits auch ein Erweichungsherd von 2 und $1^1/_2$ Ctm. Durchmesser. Sonst sind an dem Gehirn makroskopisch keine Abnormitäten nachweisbar.

Die mikroskopische Untersuchung der Erweichungsherde in frischem Zustande erwies eine grosse Anzahl von Körnchenzellen, die Nervenfasern brüchig, varicös gequollen, Myelin in Tropfen, die Gliakörner ödematös gequollen. An den Gehirngefässen atheromatöse Entartung der Intima nebst Verdickung der Gefässwände.

Epicrise. Es handelte sich im obigen Falle um eine Thrombose einiger Arterien an der Hirnbasis, deren Verstopfung durch die atheromatöse Entartung derselben bedingt war. Die Verstopfung der A. basilaris und deren Astes der a. cerebri poster. dextr. genügte, um die Erweichungsherde sowohl im rechten Schläfen- wie Hinterhauptslappen, wie auch in der rechten Kleinhirnhemisphäre zu verursachen. Eine Endoarteritis obliterans, die für Lues charakteristisch ist, konnte mikroskopisch nicht nachgewiesen werden. Jedoch ist der ätiologische Zusammenhang der Erkrankung des Gefässapparates in unserem Falle mit vorhergegangener luëtischer Erkrankung (Gumma syphil. der l. Niere) wohl nicht zu bezweifeln. Da sowohl die Gehirnerweichung wie auch die atheromatöse Entartung der Gefässintima dem vorgerückten Lebensalter eigen sind, so ist wohl anzunehmen, dass die luëtische Erkrankung — wie es bei unserem Patienten der Fall war — schon in der Jugend ein senium praecox veranlassen und zu Gefässentartung resp. Gehirnerweichung führen kann.

Was den Zusammenhang des klinischen Symptomencomplexes mit dem anatomischen Befunde betrifft, so ist die linksseitige Hemiparese und Hemianästhesie auf den Erweichungsherd im Hinterhauptslappen, die Taubheit (und die dadurch bedingte Verwirrung) auf den grösseren Herd im rechten Schläfenlappen zurückzuführen. Bei der geringen Anzahl von Fällen mit centraler anatomisch begründeter Taubheit ist es von Interesse den Zusammenhang der vollständigen Taubheit des Pat. mit einseitiger Läsion des Marklagers des r. Schläfenlappens zu statuiren. Aus der Casuistik ist nur der Fall Hutin[1]) hier anzuführen, in welchem bei Zerstörung des Marklagers des Schläfenlappens eine starke Herabsetzung des Gehörs an dem gekreuzten Ohre kon-

[1]) Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. Bd. II. pag. 180.

statirt worden ist. Die anderen Fälle betreffen Läsionen der 1. und 2. Schläfenwindung, die Worttaubheit oder sensorische Aphasie (Wernicke) bedingten, von denen ich auch vor Kurzem einen Fall in diesem Blatte veröffentlicht habe.[2]) In dem heutigen Falle war bei Intactsein der Schläfenwindungen auch das Sprachvermögen scheinbar unversehrt: der Kranke sprach nur stets ein und dieselben Phrasen, verstand resp. hörte Nichts von dem zu ihm Gesprochenen. Bei der vorhandenen Verwirrtheit liess sich allerdings Nichtverständniss der zu ihm gesprochenen Worte von Taubheit streng nicht unterscheiden; da er jedoch über einige Sätze selbst verfügte und anderseits auch sonstige Schallempfindungen nicht vernahm, so erscheint die Annahme von Taubheit wahrscheinlicher. Bei der konstatirten Läsion des Hinterhauptslappens sind auch Sehstörungen vermuthlich in unserem Falle vorhanden gewesen, jedoch könnten solche selbst bei ruhigerem Verhalten des Kranken in Folge der beiderseitigen Keratitis wohl nicht festgesteltt werden. Ebenfalls muss die Frage über das Verhalten anderer Sinne wie: des Geruchs-, Geschmaeks- — die bei Läsionen des Hinterhauptslappens gestört sein können — unbeantwortet bleiben, da die Untersuchung bei der Bewusstseinsstörung des Pat. keine positiven Resultate ergeben konnte.

II. Original-Vereinsbericht.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

268) In der letzten Sitzung demonstrirte Prof. **Kundrat** das anatomische Präparat des Falles, welchen Prof. Nothnagel am 22. Febr. d. J. vorgestellt hatte (vergl. d. C.-Bl. Nro. 7. pag. 147). An der Leiche fand sich nun nichts weiter als Blutleere und Abmagerung; in den Lungen rechts lobuläre Infiltration. Atrophie der linken Zungenhälfte und der Stimmbänder; die Lymphdrüsen entzündlich infiltrirt; von Tuberculose war nichts zu finden. Das Hirn geschwellt, die Meningen leicht getrübt, die hintere Hälfte des Pons links und die med. obl. an eine Geschwulst angewachsen. An der Spitze der Felsenbeinpyramide fand sich eine kleine und im Grunde der hinteren Schädelgrube eine grössere Geschwulst; an dieser Stelle ist die Pia mit der Dura verwachsen. Die Geschwülste sind hervorgerufen durch Abscedirung und sind durch Pseudomembranen abgegrenzte Höhlen mit dickem, grünem eitrigen Inhalte. Die Spitze der Felsenbeinpyramide und der hintere Gelenktheil des Hinterhauptbeines nekrotisch, liegen blos; der letztere ist gegen die Höhle vorgetrieben. Im Pharynx links ganz oben ist eine 5 Ctm. lange, von callösen Rändern umgebene Spalte, aus der ein missfarbiges Knochenstück fast bis zum Velum vorragte, welches als die nekrotische Hälfte des Atlas imponirte. Die Abscesse standen durch spaltförmige Lücken mit der Tuba und dem Mittelohre

---

[2]) Rosenthal, Ein Fall von corticaler Hemiplegie mit Worttaubheit. Centr.-Bl. für Nervenh. 1884. Nro. 1.

in Verbindung. Es war also Caries necrotica am Felsen- und Hinterhauptbeine. Es erklärt dieser Befund die Erscheinungen im Leben vollkommen: die Nackenstarre und die Lähmung des 12. bis 5. Gehirnnerven. Von diesen fand sich ausser kurzen Stümpfen keine Spur, nur das Gangl. Gasseri war zum Theil noch erhalten.

Bei der Frage nach der Entstehung solcher Processe ist hervorzuheben, dass wir derartige selbständige Processe nicht kennen, und dass ihre gewöhnliche Ursache Syphilis oder Tuberculose hier nicht vorliegen. Auch eine Erkrankung der Halswirbel als Ursache ist auszuschliessen, dagegen spricht die Zerstörung des Felsenbeins und des occiput für die Entstehung vom Mittelohre her. Der Fall ist ferner ein Unicum, weil es zu einer so ausgedehnten Necrose und Exfoliation des Hinterhauptsbeines gekommen ist; der Knochen nämlich, der in den Pharynx hereinragt, ist nicht der Atlas, sondern die abgelöste Basis des Grundbeins.

Wien, 5. Mai 1884. M. P.

III. Referate und Kritiken.

269) **Girandeau:** Bemerkung über einen Fall von radiculärer Lähmung des plexus brachialis. (Rév. de médéc. 1884. Nro. 2 pg. 186—190.)

Fall von Erb'scher Lähmung bei einem 62jährigen Taglöhner, welcher am 28. April 1883 in die Abtheilung von Hallopeau im Hôpital St. Antonie aufgenommen wurde. Sonst immer gesund bekam er vor 2 Monaten nach einer Erkältung starke Schmerzen in der rechten Oberschlüsselbeingrube, welche circa 14 Tage anhielten; eine während dieser Zeit auftretende Schwäche des rechten Arms steigerte sich bis zum Tage des Eintritts ins Hospital bis zur vollkommenen Lähmung. Atrophie des deltoideus, des supra- und infra spinatus; proc. coracoideus und acromion springen hervor. Umfang des rechten Oberarms in seiner Mitte 22, des linken 27 Cm., Atrophie des Biceps, coracobrachialis, brachialis internus Flexion des Unterarms gegen den Oberarm mit Mühe möglich, der brachioradialis (supinator longus) gleichfalls gelähmt und atrophirt, die übrigen Muskeln gesund. Periphere Temperatur des rechten Arms 31,^{0}2 C., des linken 33,^{0}2. Faradocontractilität der gelähmten Muskeln stark herabgesetzt, die galvanische gleichfalls (Ea R.?), Reizung des motorischen Punctes im Niveau der Scaleni bringt keine Cantraction der rechten Oberarmmuskeln zu Wege. 6wöchentliche Behandlung mit inducirten und galvanischen Strömen hatten auf Lähmung und Atrophie gar keinen Einfluss.

Dieser Fall zeichnet sich von den Erb'schen und Remak'schen durch die Lähmung des Mm. supra und infraspinatus aus; da diese vom N. subscapularis innervirt werden, welcher vom 5. oder 6. Halsnerven entspringt, bevor sie in den plexus brachialis eintreten, so muss der Sitz der Läsion im vorliegenden Falle im Niveau dieser Wurzeln liegen. Hinze (St. Petersburg).

---

270) **W. Bechterew:** Ueber den Zusammenhang der sog. peripheren Gleichgewichtsorgane mit dem Kleinhirn. (Russische Medicin N. 3—5 1884. russisch.)

Die bei der Zerstörung oder Verletzung aller Gleichgewichtsorgane überhaupt (halbcirkelförmige Canäle, graue Substanz des 3. Ventrikels und Oliven) auftretenden Symptomen zeichnen sich durch eine ausserordentliche gemeinsame Aehnlichkeit aus, was nach des Verf. Meinung von dem engen Zusammenhange dieser Organe mit dem Kleinhirne abhängt. Diese Organe seien nur centripetale Leiter zu dem letztern. Bedenkt man auch, dass alle vom Kleinhirn durch Vermittelung dieser Organe aufgenommenen Impulse reflectorisch auf einem und demselben centrifugalen Wege zu den Muskeln übertragen werden, so erscheint uns die oben erwähnte Aehnlichkeit der Erscheinungen nach Zerstörung der verschiedenen Gleichgewichtsorganen vollkommen selbstverständlich und natürlich.

Verf. beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit der Feststellung der Wege, auf welchen der Zusammenhang der peripheren Gleichgewichtsorgane mit dem Centralorgan, dem Kleinhirn, zu Stande kommt. Die vorhandenen von ihm besprochenen Angaben der Anatomie genügten ihm nicht, desshalb wandte er sich an das physiologische Experiment, indem er eine Reihe von aufeinander folgender Schnitte auf verschiedenem Nieveau der Kleinhirnschenkel ausführte. Sein Raisonnement war folgendes. Da nach seinen Versuchen eine einseitige Zerstörung eines der peripheren Gleichgewichtsorgane eine Drehung des Thieres in einer gewissen Richtung hervorruft, so muss auch eine Durchschneidung der centripetalen, diese Organe mit dem Kleinhirn verbindenden Fasern gleichfalls eine Drehbewegung des Thieres um seine Längsaxe verursachen. Gestützt auf die vorhandenen anatomische Daten und die bei den Reihenschnitten durch die Kleinhirnschenkel von ihm erhaltene Richtung der Drehbewegungen glaubt der Verf. den Verlauf der, die peripheren Gleichgewichtsapparate mit dem Kleinhirn verbindenden Fasern angeben zu können und weist dabei auf die Wichtigkeit dieser noch wenig benutzten Methode „der physiologischen Reihenschnitte“, welche tadellos ist. Dieselbe Methode hat den Verf. bei seinen Untersuchungen über den Verlauf der Sehfasern hinter dem Chiasma auf ihrem ganzen Wege bis zur Hemisphärenoberfläche, gute Dienste geleistet.

Die Resultate der vorliegenden Arbeit bestehen nun in Folgendem:

Bei reihenweiser Durchschneidung des hinteren Kleinhirnschenkels dreht sich das Thier um die Längsaxe nach der operirten, bei der der mittleren nach der gesunden Seite. Durch besonders angestellte Versuche überzeugte sich B., dass Durchschneidung der Fasern in der obern Etage der Kleinhirnschenkel, welche dicht unter dem Aquaeductus Sylvii und in dessen ganzer Ausdehnung verlaufen (an der hintern Wand des 3. zu dem vordern äussern Theile des 4. Ventrikels) gleichfalls eine Drehung des Thieres um die Längsaxe nach der gesunden Seite hin hervorrufe. Durchschneidung des crus cerebelli ad cerebrum brachte weder Drehbewegungen, noch deutliche Gleichgewichts-

störungen zu Stande, die Thiere bewegten sich in Kreisen auf die operirte Seite hin, wenn der Schnitt zwischen Vierhügel und Kleinhirn geführt worden war, auf die gesunde Seite aber, wenn die obere Etage des Hirnschenkels zwischen Vierhügel und den Grosshirnganglien durschnitten wurde.

Aus diesen Versuchen schliesst Verf., dass die Fasern von den Oliven und halbcirkelförmigen Canälen in das Kleinhirn durch die Kleinhirnschenkel treten, während die das centrale Grau des 3. Ventrikels mit dem cerebellum verbindenden Fasern in der obern Etage des Crus cerebri in der Nähe der Mittellinie unter dem Aquaeductus Sylvii verlaufen; der mittlere Kleinhirnschenkel führt kraft seiner anatomischen Verhältnisse centrifugale Fasern, durch welche das Kleinhirn die ihm von den peripheren Gleichgewichtsorganen mitgetheilten Eindrücke auf die, zu den Muskeln tretenden centrifugalen Fasern überträgt. Was schliesslich die vorderen Kleinhirnschenkel anbetrifft, so enthalten sie nach Bechterew Fasern, welche die Hemisphären des Kleinhirns mit denen des Grosshirns verbinden.

Beiderseitige Durchschneidung der Kleinhirnschenkel bringt sehr deutliche Gleichgewichtsstörungen des Körpers zu Wege, gleichviel welche Schenkel getrennt wurden, die Thiere können nach der Operation weder gehen, noch stehen. Damit ist die Ansicht Flouren's widerlegt, welcher behauptet hat, dass die Durchschneidung beider vorderen Kleinhirnschenkel ein Vorwärtslaufen, die beider hintern Schenkeln ein Zurückweichen und die Neigung, nach hinten überzuschlagen, bedinge. Hinze (St. Petersburg).

---

271) **W. Walker** (Mexico): Extensive compound comminuted fracture of the cranium. Recovery. (Ausgedehnte Splitterfractur des Schädels, Heilung. (The Saint Louis med. & surg. Journ. Oct. 1883.)

Die Heilung der durch eine Locomotive verursachten Fractur gelang nach Entfernung mehrerer zum Theil der inneren Tafel angehörenden Knochenstücke vollständig. Der Bruch zog sich vom Scheitel über die Stirn mit mehrfachen Gabelungen bis zum linken Schläfenbein. Die Bruchstücke waren stellenweise eingedrückt und die harte Hirnhaut war an einer Stelle zerrissen, so dass das Gehirn frei lag. Die Functionen des Gehirns sollen bis auf die durch die Erschütterung bedingte lange anhaltende Bewusstlosigkeit unmittelbar nach dem Trauma später in keiner Weise beeinträchtigt gewesen sein.

Matusch (Dalldorf).

---

272) **Minkowski:** Primäre Seitenstrangsklerose nach Lues.
(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. Hft. 4.)

19jährige Arbeiterin, 1881 mit syphilitischen Sekundärerscheinungen aufgenommen; Schmierkur. Nach einigen Monaten wieder Exanthem; nach einer zweiten Schmierkur geheilt entlassen. Seitdem entwickelt sich eine Lungenphthise, in den letzten Monaten 1881 zugleich Schwäche der unteren Extremitäten, Zittern beim Gehen. Bei der Aufnahme, 1882, Unmöglichkeit zu gehen; bei Führung unsicherer,

schleppender Gang, Zittern der unteren Extremitäten. Sensibilität ganz intakt. Sehnenreflexe erheblich gesteigert. Ob Widerstand bei passiven Bewegungen durch Muskelrigidität vorhanden war, wird nicht erwähnt, nur gesagt, dass alle Bewegungen aktiv und passiv ausführbar. Obere Extremitäten nicht wesentlich betheiligt. Blase und Mastdarm intakt. Unter Schmierkur Besserung der Motilitätsstörung und Abnahme der Intensität der Sehnenphänomene, Abnahme des Tremor der unteren Extremitäten — trotz Fortschreiten der Phthise, die im Juli 1882 zum Tode führte. Im März war „der Gang sicher, ohne Schwanken".

Das *Rückenmark* zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung eine *Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen und der Kleinhirnseitenstrangbahnen* von der Pyramidenkreuzung an bis ins Lendenmark; im letzteren und im Dorsalmark genau den betreffenden Territorien an Ausdehnung entsprechend, im Cervikalmark besonders links an Intensität abnehmend. Geringe Abnahme der Zahl der Ganglienzellen in den Clarke'schen Säulen *und in der medialen vorderen Gruppe der Vorderhörner in der Cervikalanschwellung.* Verf. betrachtet seinen Fall als sowohl klinisch übereinstimmend mit dem Bilde der Erb'schen spastischen Spinalparalyse, als anatomisch einer primären Lateralsklerose entsprechend. Die geringfügige Affection der vorderen grauen Substanz im Cervikalmark hält er für sekundär. Es ist zu erinnern, dass die Erkrankung der Kleinhirnseitenstrangbahnen jedenfalls schon eine Komplikation der Affektion der Pyramidenseitenstrangbahnen, der Fall also eine kombinirte Systemerkrankung darstellt; bezüglich der Betheiligung der Vorderhörner ist auf die kritische Bemerkung Westphal's zum Fall Morgan-Dreschfeld in einem kürzlich erschienenen Aufsatz (Archiv für Psychiatrie Bd. XV Hft. 1: Ueber einen Fall von sog. spastischer Spinalparalyse etc.) zu verweisen. Als Beispiel einer *primären isolirten Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen* kann auch M.'s Fall sicher *nicht* gelten. Für den Zusammenhang mit Lues spricht Verf. der Einfluss der Behandlung auf das spinale Leiden; der anatomische Charakter der Erkrankung ist ihm in dieser Beziehung nicht beweisend.

Ref. von Eisenlohr (Hamburg) im C.-Bl. f. kl. Med.

---

273) **H. Curschmann** und **C. Eisenlohr:** Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes zoster.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. Hft. 4. p. 409.)

Vff. sind der Ansicht, dass man bei der Aetiologie des Herpes zoster zu sehr Erkrankung der Spinalganglien in den Vordergrund gedrängt und darüber die nicht seltenen peripheren nervösen Ursachen übersehen hat. Mitunter mögen letztere vielleicht rein funktioneller Natur sein. Auch kann es geschehen, dass die Spinalganglien erst sekundär bei Herpes zoster erkranken, indem sich auf sie von den peripheren Nerven aus Veränderungen fortgepflanzt haben. Verff. berichten über zwei eingehend untersuchte Fälle von Herpes zoster aus peripheren Ursachen. Der erste Fall betrifft einen 70jährigen

Mann, bei dem sich Herpes zoster auf rechter Schulter und entsprechendem Arme einstellte, nachdem Neuralgie einige Zeit vorausgegangen war. Mehrere Wochen nach Abheilung des Herpes bildeten sich im Bereiche der betroffenen Hautnerven multiple Knötchen. Ein Theil wurde excidirt und erwies sich als Perineuritis nodosa: Blutungen, Emigration von weissen Blutkörperchen aus den Gefässen des Bindegewebes, Schwellung der bindegewebigen Zellen bei Intaktheit der Nervenfasern. Späterhin liessen die neuralgischen Beschwerden nach und bildeten sich die Knoten zurück. Als der Pat. einer Lungenerkrankung erlag, fand man Spinalganglien und Rückenmark unversehrt. Auch in einem anderen nur während des Lebens beobachteten Falle kam es zuerst zu Neuralgie im Gebiete rechtsseitiger Gefässnerven, dann zu Herpeseruption und schliesslich zur Bildung von Nervenknötchen, die theilweise spontan schwanden. In einer dritten Beobachtung entwickelte sich Herpes zoster über der elften Rippe und im letzten Interkostalraum. Bei der Section fand man blutige Infiltration der betreffenden Muskelpartien und des perineuralen Bindegewebes, Intaktheit der Nervenfasern, der Spinalganglien, der Rückenmarkshäute und Rückenmarkswurzeln.

Ref. von Eichhorst (Zürich) im C.-Bl. f. kl. Med.

---

274) **J. Dixon Mann**: Ueber Serratuslähmung.

(Lancet 1884. I. p. 201 u. 247.)

Verf. theilt 4 Fälle von Serratuslähmung mit. Zwei Symptome, die früher für pathognomonisch galten, sind neuerdings in Frage gestellt worden, die schiefe Stellung des inneren Scapularrandes bei hängendem Arme und das Unvermögen den Arm auf die Horizontale zu bringen. In den untersuchten Fällen stand die Scapula höher und näher an der Mittellinie, der untere Winkel war leicht nach innen erhoben. Verf. untersucht an der Hand der eigenen und der früher publicirten Fälle sehr genau die Muskelwirkungen, welche das zu Stande bringen. Was die Stellung des Armes angeht, so konnte ein Pat. ihn sogar noch etwas über die Horizontale bringen. Auch dieser Punkt wird eingehend analysirt und erörtert.

Ref. von Edinger (Frankfurt a/M.) im C.-Bl. f. kl. Med.

---

275) **P. Michelson** (Königsberg): Ueber Dujardin-Beaumetz's „Femme autographique“ und Urticaria facticia im Allgemeinen.

(Berliner klin. Woehenschrif. 1884. Nro. 6 u. 7.)

Die „Femme autographique„ von Dujardin-Beaumetz bot ein exquisites Beispiel eines Hauptphänomens dar, dass wie M. hervorhebt, keineswegs neu und ungewöhnlich und schon mehrfach beschrieben ist. Dasselbe ist treffend als „künstliche Urticaria“ zu bezeichnen und besteht darin, dass mechanische Reize (Streichen mit einem stumpf-spitzen Gegenstand) zunächst einen rothen Streif, nach einigen Minuten unter Ausbreitung der peripheren Röthe eine quaddelartige Erhebung von weisser Farbe hervorrufen. Letztere Erhebungen, die sich streng an den Verlauf der mechanischen Reizung halten,

persistiren stundenlang. In Dujardin-Beaumetz's Fall handelte es sich um eine 29jährige hereditär neuropathisch belastete Frau mit zahlreichen hysterischen Symptomen, speciell einer fast totalen Anästhesie der gesammten Hautdecke.

M. stellt das bis jetzt über die künstliche Urticaria Bekannte, von Batemann an, zusammen und bemerkt, dass sich, (nach Köbner) „die Inskriptionsmethode" zur objektiven Diagnostik jeder Urticaria eigne. Er berichtet dann über 5 selbst beobachtete Fälle, bei denen das Phänomen in ausgezeichneter im Wesentlichen übereinstimmender Weise ausgeprägt war. In einem dieser Fälle war möglicherweise die erhöhte Irritabilität der Vasomotoren in Zusammenhang mit einer vor Jahren erlittenen Schusswunde am Halse (Verletzung des N. auricular. magnus?), in den übrigen Fällen war weder Heredität noch besondere neuropathische Disposition nachzuweisen; in Fall I und III konnte an eine Beziehung der Steigerung dieser Irritabilität zu Reizungszuständen der Urethralschleimhaut (G. Lewin) gedacht werden.

Was die *Pathogenese* der betreffenden Hautveränderung anbetrifft, die in der willkürlich hervorzurufenden Form als dieselbe zu betrachten ist, wie bei der spontan, d. h. auf innere Reize entstehenden Urticaria, so nimmt M. in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren an, dass dem Vorgang eine allgemein gesteigerte Erregbarkeit der vasomotorischen Hautnerven zu Grunde liegt, welche in einem, eventuell durch Gefässkrampf eingeleiteten, angioparalytischen Zustand zum Ausdruck gelangt. An dem centralen Theil der Quaddel kommt es zur Exsudation von Plasma, an den peripheren Theilen zur Gefässdilatation. Die von Gull vertretene Ansicht, dass die Hautwälle der Urticaria facticia durch Dermatospasmus su Stande kommen, weisst M. zurück. Immerhin ist als Theilerscheinung des Phänomens ein Krampf der Hautmuskeln, Cutis anserina, zu beobachten. Die erhöhte Reizbarkeit der vasomotorischen Hautnerven kann Folge vorübergehender äusserer oder innerer Irritamente sein, aber auch als essentielle, oft angeborene Eigenthümlichkeit dem Individuum anhaften. Man spricht dann von Urticaria chronica, Nesselsucht, Cnidosis. Die Cnidosis scheint besonders im Gefolge arthritischer, dyspeptischer und hysterischer Zustände vorzukommen. Ein Beispiel der letzteren Kategorie ist Dujardin-Beaumetz's Fall. Die Thatsache, dass bei diesem die Urticaria facticia auf *anästhetischen* Hautbezirken vorkam, lässt immerhin die Annahme eines reflectorisch von den sensiblen Nerven aus erzeugten Vorgangs zu, als Ort der Uebertragung des sensiblen Reizes müssten die vasomotorischen Centren in der Medulla oblongata und spinalis angesehen werden.

Bei der geringen Aussicht, die Ursache der angioneurotischen Disposition dauernd zu heben, darf man sich bezüglich der *Heilbarkeit* der Affektion keinen Illusionen hingeben. Unter den medikamentösen Mitteln wird das salicylsaure Natron (1,5—3,0 täglich), das Atropin ($^1/_2$—3 und 4 mg), das Chinin hydrobromic. (0,5—0,6 täglich durch 2 Wochen, mehrmals wiederholt — Vidal), das Ergotin

(Tagesdosen à 1,0) erwähnt. Von allgemeinen Heilmitteln kalte Bäder, der Gebrauch der indifferenten Thermen, Wechsel des Aufenthaltsortes.

Ref. von Eisenlohr (Hamburg) im C.-Bl. f. kl. Med.

---

276) **Heinlein**: Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf der Basis des akuten Gelenkrheumatismus. (Aerztl. Intelligenzblatt 1883. Nro. 30.)

Ein 11jähriges Mädchen, deren Tante an „Veitstanz" gelitten hatte, erkrankte an akutem Gelenkrheumatismus mit mässigem Fieber und geringer Affektion einiger Gelenke. Unter Salicylbehandlung war am 4. Krankheitstage bedeutende Besserung eingetreten, dafür hatte sich eine vollendete linksseitige Hemichorea entwickelt und die Erscheinungen einer Endokarditis. Die Chorea erreichte innerhalb eines halben Tages eine grosse Heftigkeit, blieb wenige Tage auf gleicher Höhe, intermittirte nur einige Stunden, um dann sofort in der kürzesten Zeit wieder die höchste Exacerbation zu gewinnen und sich zugleich mit einer stürmisch einsetzenden und rasch zu gänzlichem Bewusstseinsverlust führenden Geistesstörung zu verbinden. Nach 7tägigem Bestehen erfolgte ein rapider Nachlass der choreatischen Erscheinungen und damit erreichte auch die Psychose in ihrer Akuität ein Ende. Diese Psychose zeigte sich unter dem Bilde des Delirium acutum, an das sich ein über einige Wochen hingezogener stuporöser, schwachsinniger Zustand anschloss.

Schliesslich kam noch eine Pleuritis, Perikarditis hinzu, die dann den tödtlichen Ausgang bewirkten.

Auffallenderweise war bei der Sektion der Befund am Gehirn nahezu negativ, eine geringfügige hämorrhagische Pachymeningitis konnte erst in den letzten Lebenstagen sich entwickelt haben.

Ref. von Seifert (Würzburg) im C.-Bl. f. kl. Med.

---

277) **Baillarger**: Sur la théorie de la paralysie générale; de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes. (Ueber die Theorie der allgemeinen Paralyse und zwar über den paralytischen Irrsinn und den paralytischen Blödsinn als zwei verschiedene Krankheiten.) (Ann. méd. psycholog. 1883. S. 18. Januar—November.)

Es giebt nach der herrschenden Theorie der Paralyse drei Formen dieser Krankheit: die maniakalische und die hypochondrisch-melancholische mit Grössenideen, sowie die paralytisch-demente. Diese können kombinirt vorkommen in verschiedener Weise, doch beobachtet man auch die erste und zweite allein ohne Zeichen von Demenz. Nach Baillarger bilden solche Fälle, die oft ohne somatische Erscheinungen auftreten, ausser dem dauernd oder temporär heilen können, und ihr Ende meist in paralytischem, nicht in einfachem Blödsinn nehmen, den paralytischen Irrsinn (folie paralytique), während die Fälle von fortschreitender Demenz und Lähmung ohne maniakalische oder melancholische Ideen die eigentliche allgemeine Paralyse (démence paralytique) darstellen. Die folie paralytique und démence paralytique sind nach B. nicht als

Formen derselben Krankheit, sondern als 2 verschiedene Krankheiten aufzufassen und wird somit der unitären Bayle'schen Theorie der Paralyse die dualistische von Baillarger entgegengesetzt.

I. Die *unitäre Theorie* besagt: die folie paralytique und Démence paralytique sind nur zwei Perioden oder Formen der allgemeinen Paralyse. Während Esquirol die allgemeine Paralyse als Complication oder Endstadium des Irrsinns auffasste und so eigentlich zwei verschiedene Krankheiten statuirte, ging Bayle vom Vorkommen paralytischer Erscheinungen beim Grössenwahn aus und konstatirte ihren Zusammenhang und ihre Einheit als Krankheit mit dem Ausdrucke: Monomanie ambitieuse avec paralysie, wofür Parchappe die Bezeichnung „Folie paralytique - paralysie générale" einführte. Demenz ist nach der Bayle'schen Theorie, wenn auch verdeckt (Calmiel), von Anfang an vorhanden und so giebt es drei Hauptsymptome nach Bayle: Irrsinn (Folie), Demenz und Lähmung. Während ferner nach Esquirol die allg. Paralyse etwas secundäres ist, ist sie nach der Bayle'schen Auffassung eine primäre Krankheit, indem die Manie oder Melancholie mit Grössenideen die erste Periode bildet. Oft folgen die letzteren Leiden aufeinander und sind von entzündlichen Veränderungen abhängige Erscheinungen, während später schwere Strukturveränderungen die Demenz und Lähmung bedingen. Sowohl die melancholischen als maniakalischen Anfangsstadien müssen nun von den Unitariern auf denselben Zustand im Hirn bezogen werden.

Folgendes ist die Grundlage der unitären Theorie: 1) die allg. Paralyse ist charakterisirt durch 3 Erscheinungen Irrsinn, Demenz, Lähmung. 2) Sie ist ein paralytischer Irrsinn. 3) Sie ist eine primitive Krankheit. 4) Die Symptome beruhen auf organischer Störung der Nervencentren, insbesondere der Windungen der Vorderlappen des Hirns.

II. Die *dualistische Theorie.* Baillarger sagt, dass die Folie paralytique und Démence paralytique zwei verschiedene Krankheiten sind. Sie erklärt nach B. manche Thatsachen, die sich mit der entgegengesetzten Theorie nicht vertragen. Verf. betrachtet zunächst die „*Démence paralytique*" oder *allgemeine Paralyse (paralysie générale).* Es gibt Fälle von einfachem paralytischem Blödsinn, ohne Wahnideen (Folie). Letztere treten aber auch oft hinzu und sind immer als etwas sekundäres, accessorisches aufzufassen. Die allgemeine Paralyse ist von der „Folie" vollständig zu trennen. Die einfache paralytische Demenz ohne Wahnideen hielt man bisher für eine Form der Paralyse, dagegen nimmt Verf. an, dass sie die einzige einfache Form der Krankheit sei, dass sie die Krankheit selbst ausmache und die andere Formen mit Grössenideen Complicationen seien. Dieser typische, gemeine, paralytische Blödsinn ist eine chronische, progressive, unheilbare Krankheit. Pathologisch-anatomisch findet sich eine granulöse Veränderung der Hirnrinde, eine Induration der weissen Substanz der Windungen. Die Vorderlappen sind besonders ergriffen. Dazu kommen häufig Verwachsungen der Rinde mit der Pia Mater und Atrophie des Gehirns. Nach B. ist die allgemeine Paralyse 1)

ein paralytischer Blödsinn und hat 2) nur zwei Symptome (Blödsinn und Lähmung). 3) Sie gehört nicht in die Klasse der „Folies", sondern der „Démences paralitiques."

Unter *Folie paralytique* versteht er hingegen die maniakalischen und melancholischen Zustände im Verlaufe der allgemeinen Paralyse. Sie haben Aehnlichkeit mit der einfachen Manie und Melancholie, sind intermittirend oder alternirend und heilen oft, während sonst diese Heilungen nur als Remissionen der Paralyse aufgefasst werden. Der maniakalische Zustand charakterisirt sich durch die bekannten Grössenideen, oft treten somatische Erscheinungen, Sprachstörung, Pupillendifferenz etc. hinzu. Ebenso ist es bei den melancholischen Formen, die bis zum Stupor gehen können. Verf. nennt kein anatomisches Substrat für diese Zustände; bei den einfachen Manien und Melancholien seien sie nicht besser bekannt. Er betont ferner den Zusammenhang der Folie paralytique mit den Congestivstössen (Bayle, Dagonet, Nasse). Sie ist weiter eine schwere Affektion und führt oft schnell zu irreparabelen Störungen. Man ist nun noch nicht geneigt, dieser Folie paralytique eine eigene Existenz zu gönnen. Man zählt die Fälle ohne körperliche Symptome oft zur einfachen Seelenstörung, oft betrachtet man sie als erste Phase der Paralyse; die mit körperlichen Symptomen betrachtet man fast einstimmig als Beginn der Paralyse. Doch wurde von eingehender Seite schon ihre selbstständige Existenz betont, von Dagonet als Folie congestive, während Magnan meint, dass zu einer Paralyse eine Folie paralytique als accessorische Krankheit hinzutreten könne.

Nach B. ist nun auch die Folie paralytique, die im Beginn oder Verlauf der Paralyse bei schon vorhandenen Zeichen von Demenz ausbricht, eine Complikation derselben und die häufigen Heilungen derselben sprechen für die Anschauung. In anderen Fällen beobachtet man die Folie paralytique bei geistig noch ganz intakten Leuten ohne Spuren von Demenz. Hier kann temporäre oder vollständige Heilung eintreten oder später nach wiederholtem Auftreten der Folie paralytique sich Demenz und Paralyse anschliessen. In der Folie paralytique sind nur ausgleichbare Muskelataxien vorhanden, in der Démence paralytique dauernde Paralyse und Blödsinn. Die Folie paralytique ist also eine selbstständige Krankheit, nicht etwa nur der Beginn oder die erste Periode der allgemeinen Paralyse. Sie steht zwischen letzterer und der einfachen Geistesstörung. Die maniakalischen und mellancholischen Zustände bei allgemeiner Paralyse sind Complikationen der Folie paralytique mit Démence paralytique. Oft geht erstere auch der letzteren voraus.

III. *Die klinischen Thatsachen im Lichte der beiden Theorien.*

1) Die Pseudoparalysen.

Verf. geht von den Arbeiten Fournier's über syphilitische, Ball's über alkoholische, Régis über saturnine Pseudoparalysen aus und kommt auf Grund von 15 Fällen der verschiedenen Autoren unter kurzer Mittheilung von Vier derselben zu dem Schluss, dass die Veränderungen der chronischen Periencephalitis bei Leuten die eine

Zeit lang die psychischen und somatischen Erscheinungen der allgemeinen Paralyse gezeigt haben, fehlen können. Er ist mit Bayle und Anderen der Ansicht, dass die somatischen und psychischen Erscheinungen der Paralyse in gewissen Fällen ohne die anatomischen Veränderungen der Periencephalitis auf Grund von einfachen Cirkulationsstörungen vorkommen können.

Die Folie paralytique kann nun wie die einfache Seelenstörung, ohne deutliche Läsionen zu hinterlassen, verlaufen, und muss man annehmen, dass ihr überhaupt keine essentiellen Veränderungen organischer Natur zukommen. Alles dies spricht aber gegen die Unitarier und für die Selbstständigkeit der Folie paralytique. Die larvirte Paralyse Westphal's findet nach B. ferner durch die Annahme der neuen Form ihre Stellung.

2) *Die allgemeine Paralyse ohne Sprachstörung.*

Es gibt Fälle, in denen die körperlichen und geistigen Erscheinungen der Paralyse ohne Sprachstörung oder nur die geistigen vorhanden sind (latente, larvirte Paralyse Westphal's). Es werden fünf solche Fälle kurz beschrieben, bei denen die Unitarier zwischen Paralyse und einfacher Geistesstörung schwanken müssen.

Brunet betrachtet einen solchen günstig verlaufenen Fall als Pericerebritis, die heilen kann, Renandin als Manie etc. mit drohender Paralyse. Nasse hat 2 Fälle ohne Sprachstörung heilen sehen und hält letztere für das wichtigste Zeichen der Paralyse. Christian hält seinen Fall für eine zwischen Manie und Paralyse stehende Form; Foville rechnet die Fälle zu Paralyse, die Sprachstörung komme später, der Beginn der Paralyse sei proteusartig.

Die Unitarier müssen alle diese Fälle der Symptome wegen zur Paralyse rechnen. Dagegen lässt sich einwenden, dass es paralytische Erscheinungen gibt ohne Periencephalitis (Pseudoparalysen), auf einfachen Cirkulationsstörungen beruhend (Folie paralytique). Die Fälle in denen nur psychische Symptome der Paralyse bestehen, gehören um so mehr zu der letzteren und haben nicht die anatomischen Läsionen der Periencephalitis. Sie kommen leicht vor bei Kranken mit Rückenmarksleiden und Herderkrankungen des Hirns (Tabes, Apoplexie etc.) Verf. führt nun 6 Fälle ohne paralytische Sektionsbefunde vor, in denen nur Cirkulationsstörungen vorlagen und fragt, wohin diese zu rechnen seien; insbesondere wenn man nach Nasse neben Grössenideen noch Sprachstörung verlangt bei Paralyse. Als Pseudoparalyse ist der Symptomencomplex zu unvollständig, zu einfacher Seelenstörung kann man so charakterisirte Fälle nicht zählen. Man kann sagen, sie seien von der Paralyse bedroht, während B. sie als Folie paralytique auffasst.

Diese Fälle ohne Sprachstörung sind also Paralysen, gehören zur Folie paralytique und das Fehlen eines einzelnen Symptoms der Anfangserscheinungen der Paralyse, ja auch der Sprachstörung genügt nicht desshalb die Diagnose dieser Krankheitsform auszuschliessen.

3) *Von dem Délire paralytique bei der einfachen Geistesstörung.*

Wie sind die Fälle von paralytisch gefärbten Wahnideen bei

Manie oder Melancholie ohne sonstige Zeichen der Paralyse zu erklären? Man nahm an, dass solche Ideen bei einfacher Manie, bes. bei alkoholischen Formen vorkommen. B. sieht in dieser Erscheinung etwas viel bedenklicheres wegen der Häufigkeit der Rückfälle und Uebergänge in allgemeine Paralyse, was bei einfachen Manieen etc. selten und ungewöhnlich ist. Man könne diese Fälle nicht der Paralyse zurechnen, ebensowenig der einfachen Manie etc. und diese Schwierigkeit könne nur durch die dualistische Theorie bestätigt werden.

4) Die Folie à double forme und die allgemeine Paralyse.

Die Fälle, in denen eine circuläre Geistesstörung Paralyse vortäuscht, bilden einen neuen Einwand gegen die herrschende Theorie, dass sie zeigen, dass selbst schwere Symptome der Paralyse ganz unabhängig von einer chronischen Periencephalitis bestehen können. Es werden 3 Fälle von circulärer Geistesstörung angeführt, in denen paralytische Erscheinungen vorübergehend auftraten. Das maniakalische Stadium glich dem Beginn der Paralyse, auch auf somatischem Gebiet; im depressivem Stadium traten neben paralytischer Färbung derselben schwere Ernährungsstörungen auf, die mit Auftreten der maniakalischen Erregung wieder schwanden. Es handelt sich um einige Decenien bestehende circuläre Störungen. Das Verschwinden der paralytischen Erscheinungen und das Wiederauftreten der Intelligenz spricht gegen das Vorhandensein periencephalitischer Zerstörungen und für die Unabhängigkeit der ersteren von der letzteren.

5) Die alkoholische Pseudoparalyse.

Nasse sah mehrere Paralysen auf alkoholischem Boden heilen und betrachtet solche Fälle als alkoholische Pseudoparalysen. Es wird ein Fall von Ball angeführt, der nach 12 J. heilte. Es bestand Alkoholismus chronicus, zeitweise längere Anfälle (im ganzen 16) von paralytischen Störungen auf psychischem und somatischem Gebiet. Dies kann man nicht mit einer chronischen Periencephalitis in Einklang bringen, aber auch nicht mit einfachem alkoholischem Irrsinn. Aehnlich ist der Fall Moreau's. Die Diagnose der Pseudoparalyse ist Anfangs schwierig. In den Fällen Camuset's und Bayle's hat die Sektion spätter das Fehlen periencephalitischer Prozesse bestätigt. Der Ausgang dieser Form ist auch oft einfache Demenz ohne Lähmung oder chronischer Irrsinn.

Dies alles spricht zu Gunsten der Existenz der Pseudoparalyse, die sowohl von der allgemeinen Paralyse als dem alkoholischen Irrsinn zu unterscheiden sei. Die Zahl der Folies paralytiques ohne Periencephalitis chronica diffusa werde so um eins vermehrt.

6) Ausgang der allgemeinen Paralyse in einfache Demenz ohne Lähmung.

Fälle, in denen nach 3—4 monatlicher Dauer der Initialerscheinungen einfache Demenz ohne paralytische Symptome bestehen blieb und 16—20 J. unverändert andauerte, werden fälschlich anfangs für eine allgemeine Paralyse gehalten, es liegt aber nur eine Folie paralytique oder Pseudoparalyse vor, keine Periencephalitis chronica. Marcé hat solche Fälle auf alkoholischer Basis beschrieben, Westphal

solche als larvirte Paralyse. In 3 Fällen hat die Sektion auch Mangel periencephalischer Läsionen ergeben. Diese Fälle sind also von der allgemeinen Paralyse gewöhnlicher Art zu trennen.

7) Remissionen der allgemeinen Paralyse.

Die Remissionen der Paralyse bestehen eigentlich im Aufhören der Folie paralytique, welche heilt, und Fortbestehen der Démence paralytique. Es findet dabei eine Dissociation beider Statt. Man kann also kaum von Remissionen der allgemeinen Paralyse sprechen, denn der zu Grunde liegende Process schreitet stetig fort (Luys). Man ist im Allgemeinen einig unter Remission die Heilung der „Délire" sowie Fortbestehen leichter Demenz und Sprachstörung zu sehen. Man kann nun nicht von einer Remission der Phtise sprechen, wenn der Tuberculöse von einer Pleuritis genesen ist, und auch nicht von Remission der Paralyse, wenn die Folie paralytique, häufig zu der allgemeinen Paralyse hinzutretend und gleichsam auf dieselbe gepfropft (greffé) heilt.

8) Heilung der allgemeinen Paralyse.

Dieselbe ist selten und muss von den Unitariern als ein Verschwinden der periencephalitischen Störungen angesehen werden. Auch bleibt die Möglichkeit der Annahme einer Pseudoparalyse, wie sie für die alkoholischen Formen angenommen ist. B. sieht in den Heilungen der allgemeinen Paralyse nur Heilungen der Folie paralytique. Eine Heilung der allgemeinen Paralyse, also Periencephalitis, findet überhaupt nicht Statt, denn die Lähmung und Demenz sind progredient. Nur kann nach B. eine Heilung der speciell gefärbten Wahnideen und leichter funktioneller Störungen stattfinden, da diese bei der Folie paralytique auf einfachen Cirkulationsstörungen beruhen können. Eine Heilung kann eintreten nur vor Erscheinen der pathognomonischen Demenz und Lähmung, also so lange nur Folie paralytique allein besteht und funktionelle Störungen, noch nicht funktionelles Erlöschen, wie bei Periencephalitis chronica, vorhanden.

9) Paralyse „à forme alterne" und „à double forme."

Es lässt sich die Aufeinanderfolge verschiedener Stadien, maniakalischer und melancholischer, als Symptom der Periencephalitis schwer erklären von den Unitariern, da die Läsionen dieser Krankheiten feststehende sind. Für die dualistische Theorie ist es leicht: die Verschiedenheiten in der Erscheinung beziehen sich nur auf die Folie paralytique.

IV. *Natur und pathologische Physiologie der Folie paralytique.*

Verschieden werden die den ersten Perioden der allgemeinen Paralyse zu Grunde liegenden Störungen aufgefasst. Lubimoff und Meynert nehmen für die psychischen Initialerscheinungen Anomalien der Blutvertheilung an, Luys Spasmen der Vasomotoren, Foville Hyperämie, Congestivstösse und Anämie und daher rührende Störungen der cellulären Gebilde mit funktioneller Erregung der betreffenden nervösen Theile. Die Uebererregung sei die Ursache der Ataxien. Die Sclerose und die Atrophie der nervösen Elemente bedinge die Demenz und Lähmung.

Die initialen circulatorischen Störungen können durch mannig-

fache Momente hervorgerufen werden (Erregungen, Excesse etc.). Die Aetiologie der Folie paralytique unterscheidet sich darin in nichts von der der einfachen Psychosen. Es handelt sich bei ihr um Symptome funktioneller Störung, die auf einfache Cirkulationsstörungen bezogen werden können.

Auch die Erblichkeit kommt bei Folie paralytique in Betracht, insbesondere aber ist die Neigung zu Hirnkongestionen bei im mittleren Lebensalter stehenden Männern disponirend. Es scheint sogar annehmbar, dass die Folie paralytique in diesem Alter — zwischen 30 und 60 J. — bei Männern die einfache Manie vertritt (Foville). Nach Mendel muss in solchen Fällen jeder Anfall von Manie den Verdacht von beginnender Paralyse erregen.

Es wird nochmals betont, dass die Folie paralytique ohne alle somatische Erscheinungen auftreten kann, dass sie sich aber immer durch die charakteristische Grössenideen kennzeichnet. Diese sind das Vorspiel der organischen Läsionen die von denen beim Ausgang der einfachen Geistesstörung sehr differiren. Je nach dem stärkeren Hervortreten des „vesanischen“ oder somatischen Elements sind die Fälle verschieden.

Die Folie paralytique ist demnach eine Geistesstörung, die im mittleren Lebensalter vorwiegend bei Männern auftritt und ein neues Element, charakterisirt durch die specielle Wahnvorstellungen und somatische Erscheinungen, erhält. Sie ist gegenüber der einfachen Geistesstörung „cum materia“.

Résumé. 1) Die allgemeine Paralyse hat nur zwei konstante und pathognomonische Symptome: Demenz und Lähmung. Sie ist eine essentielle Dementia paralytica.

2) Die Dementia paralytica durchläuft in vielen Fällen alle Stadien, ohne dass der Kranke Wahnvorstellungen hat. Sie ist daher von der geistigen Störung unabhängig.

3) Es gibt eine geistige Störung, die durch Grössenwahn und besonders hypochondrische Ideen gekennzeichnet ist, zu welcher vielfach Symptome von muskulärer Ataxie hinzutreten.

Diese Geistesstörung, welche je nach den Fällen bald als einfache Geistesstörung, bald als eine Form der allgemeinen Paralyse angesehen wurde, hat eine besondere Existenz. Sie ist, auch in den leichteren Fällen, eine Androhung der allgemeinen Paralyse und kann als Folie paralytique bezeichnet werden.

4) Alle in den letzten Jahren beschriebenen Fälle von allgemeiner Pseudoparalyse, zum wenigsten die vesanischen Formen derselben, sind zu der Folie paralytique zu stellen.

5) Die Folie paralytique kann heilen, in einfache Demenz ohne Lähmung übergehen, aber meist endet sie in Dementia paralytica. Die letztere ist daher entgegen der unitären Theorie häufig eine sekundäre Krankheit.

6) Die Folie paralytique kann bei von chronischer Periencephalitis befallenen Kranken ausbrechen. Sie ist dann eine wirkliche Complication.

7) Die Ausbrüche der Folie paralytique, welche man als Complikation im Beginn der chronischen Periencephalitis oft beobachtet, heilen oft, aber die anfängliche und primäre Krankheit setzt ihren Marsch fort. Diese Heilungen sind die sogenannten Remissionen der allgemeinen Paralyse.

8) Die Folie paralytique zeigt dieselben Symptome, dieselben Formen und Transformationen, wie die einfache Geistesstörung, abgesehen von den vorhin angegebenen speciellen Eigenschaften.

Wie die an den verschiedenen Formen einfacher Geistesstörung Erkrankten, wie man sagt auf mannigfachen Wegen zum einfachen Blödsinn kommen, so gelangen die von den verschiedenen Formen der Folie paralytique betroffenen Kranken auf verschiedenen Wegen, aber rascher zur Dementia paralytica.

9) Die Folie paralytique kann man bis jetzt nur durch einfache Cirkulationsstörungen erklären. Sie hat ein psychisches und auch ein somatisches Element und ist desshalb eine Geistesstörung „cum materia".

Otto (Dalldorf).

---

278) Jahresbericht des Eastern Michigan Asylum zu Pontias 1882.

Das Asyl verpflegte im Jahre 1882 343 Männer und 318 Frauen, die geringste Zahl der Kranken an einem Tage betrug 439, die höchste 543. Es wurden geheilt entlassen 24 + 20, gebessert entlassen 18 + 8, ungeheilt 5 + 5, es starben 20 + 16, beurlaubt 3 + 1. Der ausführliche ärztliche Bericht bringt neben den üblichen Classificationen noch Beschäftigung, muthmassliche Ursachen, Form der Psychosen u. A. auch eine Tabelle: Klinische Gruppe der Geisteskranken, in der einzelne Formen mit hohen Zahlen figuriren, die als solche noch keineswegs anerkannt sind: unter anderen masturbatorisches Irresein (17 + 2), neurasthenisches, rheumatisches, sogar eine „postconnubial" Insanity, dagegen repartirt Verf. (Henry Hurd) die primäre Verrücktheit ausdrücklich unter andere Formen. Ein Fall von traumatischem Irresein mit günstigem Ausgange ist interessant. Ein Maurer erhielt 7 Wochen vor der Aufnahme einen Schlag gegen Hinterkopf und Nacken, der ihn nicht ganz besinnungslos machte. Er war noch im Stande, nach Hause zu gehen. Am Nachmittage trat ein apoplectischer Anfall mit Bewusstseinsverlust und rechtsseitiger Lähmung auf. Pat. blieb mehrere Tage benommen. Beim ersten Ausgang in grosser Sonnenhitze wiederholte sich nach heftigem Kopfschmerz und Schwindel der erste Anfall in gleicher Form. Pat. zeigte nun zunehmende Demenz und Verwirrtheit mit motorischen Störungen. Bei der Aufnahme wurde die Sensibilität links bis auf eine unempfindliche Stelle der Bicepsgegend normal gefunden, rechts dagegen Sensibilitätsparese der Hand besonders des Zeige- und kleinen Fingers und des Fusses, motorische Parese und leichte Ataxie der beiden r. Extrem., starkes Schwitzen der rechten Körperhälfte und (motorische) Aphasie. In 9 Monaten besserte sich besonders der psychische Zustand, so dass Pat. mit der linken Hand recht gut schreiben lernte und als gebessert entlassen werden konnte. Hurd vermuthet eine cerebrale Hämorrhagie, die nicht alle Fasern der capsul. int. zerstört, die meisten aber stark beschädigt habe.

Matusch (Dalldorf).

IV. Aus den Vereinen.

I. Patological Society zu New-York.

Sitzung vom 14. November 1883. (The medic. Record 8. Decbr. 1883.)

279) **Peabody:** *Embolism of the basilar artery — extensive velonlar disease of the heart with hypertrophie and dilation — pericarditis — diffuse nephritis.*

P. erzählt die Krankengeschichte eines 22jährigen Mannes, der etwa 5 Monate nach Beginn der Erkrankung (Dyspnö, Herzpalpitationen, Oedeme, Kopfschmerz, Ohrenklingen) plötzlich sehr „einfältig" wurde, jeden, der ihn anredete, anstierte ohne Antwort zu geben, nur mit Gewalt im Bette zu halten war, den Schlaf verlor, unfreiwillige Urin- und Harnentleerung hatte, maniakalische Anfälle bekam, Nahrungsaufnahme verweigerte, bis er am 4. Tage darauf an Lungenödem zu Grunde ging. Die Section zeigte ausser den oben genannten Affectionen des Herzens und der Nieren unmittelbar hinter der vorderen Grenze des pons die Basilararterie durch einen festen, im Centrum theilweise verfärbten Embolus vollständig verstopft, das Gehirn nirgends pathologisch verändert. P. betont die Seltenheit dieses Vorkommens; wahrscheinlich sei der Embolus nur einige Tage alt und daher die Ursache der Hirnsymptome gewesen, obgleich daran ja auch die Nierenläsion schuld sein konnte; im Uebrigen habe es sich in dieser Hinsicht wahrscheinlich nur um temporäre Ernährungsstörungen des Gehirns gehandelt, da dasselbe sich nicht erweicht zeigte. Bei der Discussion sagt Wyeth, dass bisher 12 solcher Fälle veröffentlicht und in jedem die nächste Todesursache in Ernährungsstörungen des pons und der medulla gesucht sei; dies könne nicht richtig sein, da die von ihm gegen Epilepsie vorgeschlagene und 1 mal ausgeführte Operation der Unterbindung der Vertebralarterien von Alexander in Liverpool etwa 10 mal theils an einem theils an beiden Gefässen mit dem Erfolge gemacht wurde, dass die Kranken genasen (auch von den Convulsionen). Voigt (Oeynhausen).

II. Neurological Society zu New-York.

Sitzung vom 6. November 1883. (The med. Record vom 15. Decbr. 1883.)

280) **Henry D. Chapin** (New-York): *Points of interest in chorea. (Interessante Puncte der Chorea.)*

Ch. sagt rücksichtlich des von verschiedenen Autoren geleugneten Zusammenhangs zwischen Gelenkrheumatismus und Chorea, dass in 38 Fällen der letzten Erkrankung 22 mal Rheumatismus verschiedener meist jedoch sehr geringer Intensität vorherging oder sie begleitete; gewöhnlich erscheine der Rheumatismus zuerst, dann folgte die Chorea, dann event. die Herzaffection, welch letztere er bei Chorea niemals ohne vorhergegangenen Rheumatismus gefunden habe; choreatische Kinder hätten nicht selten an Rheum. leidende Eltern. Eine organische Herzerkrankung habe er unter 31 Fällen 4 mal gefunden; in den meisten sei eine eigenthümliche functionelle Reizbarkeit des Herzens vorhanden ge-

wesen (Palpitationen, Intermittenz, Arythmie); in 35 Fällen sei ferner 18 mal allgemeine Chorea, 8 mal Hemichorea der rechten, 5 mal der linken Seite, 4 mal des Gesichtes und beider Arme (nie der Unterextremitäten!) beobachtet. Sodann berichtet Ch. 2 von Carter und French behandelte Fälle von Chorea mit Betheiligung der Respirationsmuskeln und der Stimmbänder und sagt dabei, dass bei echter Larynxchorea, von welcher Species bisher nur ein von Knight berichteter Fall bekannt sei, kein Ton, höchstens ein durch spasmodisches Zusammenschlagen der Stimmbänder erzeugtes Geräusch gehört werde, während bei choreatischen Bewegungen der Exspirationsmuskeln, deren Contractionen die Hand leicht fühle, bellende, schreiende Laute entstehen.

Ferner fand er in 33 Fällen 7 mal als Ursache der Chorea „Furcht oder geistige Erregungszustände". Dabei bemerkt er, dass Kinder in Folge der Chorea im Allgemeinen lebhafter, ruheloser, intellectueller, als sonst, sind, so dass im Falle eintretender Stupidität auf psychische Veränderungen zu schliessen sei. Hinsichtlich des Geschlecht's fand er in 324 Fällen die Chorea 228 mal bei Mädchen, 96 mal bei Knaben und zwar am häufigsten im Alter von 5—14 Jahren; die Jahreszeiten scheinen ohne betreffenden Einfluss zu sein. — Als Heilmittel empfiehlt Ch. steigende Dosen Arsenik mit Eisen und Chinin, Befreiung von geistiger Arbeit, gute Diät, frische Luft, gymnastische Uebungen, bei kräftigen Kindern auch kalte Begiessungen des Rückens; schliesslich erwähnt er die noch jüngst wieder von Dana gerühmte, übrigens beste Mothode, Arsenik zu geben und gleichzeitig die anodale Galvanisation des Kopfes zu machen. Voigt (Oeynhausen).

III. Psychiatrischer Verein in St. Petersburg.

Sitzung vom Januar 1883.

281) **W. Bechterew** und **P. Rosenbach:** *Zur Physiologie der Intervertebralganglien.*

Die Untersuchungen von Waller, Schiff u. A. haben nachgewiesen, dass nach Durchtrennung der hinteren Rückenmarkswurzeln zwischen Rückenmark und Spinalganglien der periphere, mit dem Spinalganglien noch verbundene Theil in seiner Structur nicht verändert wird, der centrale Theil derselben aber bald einer degenerativen Atrophie verfällt. Hierauf fussend, untersuchten B. und R. das Rückenmark selbst nach Abtrennung der Intervertebralganglien von den hintern Rückenmarkswurzeln auf etwaige Veränderungen. Zu diesem Zwecke zerschnitten sie an Hunden die Cauda equina, welche alle, am Ende des Rückenmarks abgehende Wurzeln enthält in der Weise, dass sie ein zweischneidiges Messer in den Zwischenraum zwischen Kreuzbein und letzterem Lendenwirbel (spatium rhomboidale) oder zwischen diesen und dem vorletzten einstiessen. Nach der Operation wurde Anästhesie des Schweifes, des Perinäums und der Innenfläche der Hinterbeine, Entartungsreaction in den entsprechenden Muskeln, Störung des Ganges, Lähmung der Ruthe und der Sphincteren beobachtet. Die meisten Thiere gingen nach 10—30 Tagen zu Grunde, einige überlebten die Operation und wurden nach 2—3 Monaten getödtet.

Bei der Section fand sich immer eine auf die Stelle der Durchschneidung beschränkte Verwachsung der cauda equina mit den Rückenmarkshäuten. Mikroscopisch sahen sie am centralen Ende der durchschnittenen hintern Wurzeln eine ausgesprochene Degeneration der Nervenfasern mit Wucherung des Bindegewebes. Das Rückenmark selbst bot eine ausgebreitete und intensive Degeneration mit Vacuolisirung, Atrophie, körnigem Zerfall, Schwund, sowohl in den Vorder- als auch in den Hinterhörnern. Am stärksten waren die untersten Abschnitte und die Lendenanschwellung afficirt, doch war die Degeneration in abnehmender Stärke durch die ganze Länge des Rückenmarks zu verfolgen, im verlängerten Marke selbst fanden sich einzelne entartete und vacuolisirte Nervenzellen. Das Netzwerk der grauen Substanz in den unteren Rückenmarksabschnitten war getrübt und verquollen, in seiner Structur aber unverändert, die intramedullären Fortsetzungen der hintern, zuweilen auch der vordern Wurzelfasern erwiesen sich hier ebenfalls degenerirt.

War die geschilderte Veränderung im Rückenmark sehr intensiv, was bosonders nach hoher Durchschneidung vorkam, wurden auch deutliche Alterationen in den weissen Strängen beobachtet; in den untern Rückenmarksabschnitten traf man diffuse Degeneration der Hinterstränge, welche in der Lendenanschwellung nur die Goll'schen Stränge ergriffen hatte und nach oben zu rasch abnahm.

Degenerirt waren ferner die Fortsätze der hintern Wurzeln, welche als kleine Bündel vor der substantia gelatinosa Rolando nach oben ziehen und einige zerstreute Fasern in den Kleinhirnseitenstrangbahnen.

Die Vortragenden legen besonders Gewicht auf den Mangel jeder entzündlichen Erscheinung in der grauen Substanz und fassen die krankhaften Veränderungen in den Nervenzellen als trophische auf, während sie die Degeneration der Goll'schen und anderer aufsteigenden Stränge für eine secundäre halten.

Die Redner fassen die Resultate ihrer Untersuchung dahin zusammen, dass die Abscheidung einer genügenden Anzahl von Intervertebralganglien vom Rückenmarke eine trophische Störung der Ganglienzellen in der grauen Substanz derselben verursacht, welche am deutlichsten in der, in dem seiner Ganglien beraubten Abschnitts und der benachbarten Region auftritt, nach oben zu, an Stärke allmälich abnehmend durch die ganze graue Säule sich fortpflanzt. Es sind folglich *die Intervertebralganglien als trophische Centren für die Ganglienzellen der grauen Rückenmarkssubstanz* aufzufassen.

Der Vortrag wurde durch mikroskopische Präparate während der Sitzung illustrirt. Hinze (St. Petersburg).

V. Miscellen.

282) **Leonard Corning**: *Elektrisation des N. sympathicus und pneumogastricus mit gleichzeitiger bilateraler Compression der Carotiden.* (N.-Y. med. Journ. Febr. 23. 1884.)

Verf., welcher sich schon in früheren Jahren mit der Ermittlung

der Wirkungen, welche ein gleichzeitig auf beide Carotiden ausgeübter Druck auf das Gehirn ausübt, befasst und einen hiezu dienenden Apparat construirt hat (s. Ill. Monatsschr. der ärztl. Polytechnik, 1882, pag. 263), fügt in vorliegendem Artikel dem Druck noch die Wirkung der Elektricität hinzu und stellt folgende drei Thesen auf, mit welchen er die mit dem vorliegenden Apparat in's Werk gesetzte Therapie und deren Indicationen begründet.

1) Die Carotis interna besorgt die Blutzufuhr zu der Rindensubstanz des Gehirns. Durch willkürliche Veränderung dieser Zufuhr mittelst Compression der Carotis communis wird eine entsprechende Modification der Functionen der Nervencentren bewirkt, indem die Function der Rindensubstanz bis zu einem gewissen Grade von dem durch die Blutzufuhr gesetzten Reiz abhängig ist. 2) Der N. pneumogastricus gehört, soweit seine Wirkung auf die Herzaction in Betracht gezogen wird, zu den sog. regulirenden Nerven. Wird derselbe von einem mechanischen, chemischen oder elektrischen Reiz betroffen, so wird die Herzaction quantitativ herabgesetzt, eventuell sogar in völligen Stillstand versetzt. 3) Der N. sympathicus hat einen direct modificirenden Einfluss auf Blutcirculation, Ernährung und Wärmeabgabe der Organe und Gewebselemente, in welchen sich seine Endigungen verbreiten. Seine galvanische Reizung bewirkt Verengerung der Pupille, Prominenz des Bulbus, Contraction der Capillaren und Herabsetzung der Temperatur der entsprechenden Gesichts- und Gehirnhälfte.

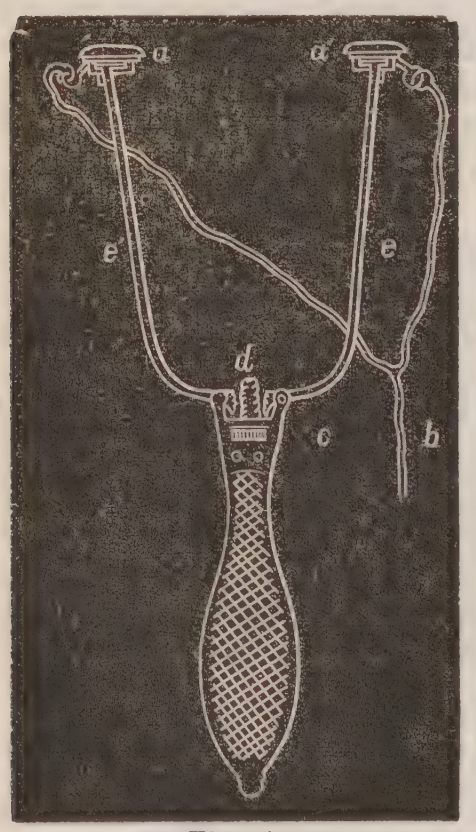


Fig. 1.

Diesen Grundsätzen entsprechend hat Verf. die nachstehend veranschaulichte Compressionselektrode construirt, mittelst deren er die beidseitigen Carotiden comprimirt und gleichzeitig den galvanischen Reiz auf beide Pneumogastrici und Halsstränge des Sympathicus applicirt. Der Apparat besteht aus einer gabelförmigen metallischen Armatur, an deren Enden die Schwammelektroden befestigt und mittelst untergeschobener Hartgummiplatten isolirt sind. Die Schwämme können abgenommen werden, falls einfache Compression ohne galvanische Reizung beabsichtigt wird. Die Elektroden können in beliebigem Winkel schief zur Axe der Armaturen gestellt werden, womit der Zweck erreicht wird, die Carotiden möglichst von den Venæ jugulares wegdrücken zu können und den Druck auf letztere auf ein Minimum zu reduciren. Mittelst einer in der Axe des Griffes angebrachten, in beidseitige Zahnräder

eingreifenden Schraube ohne Ende können die Armaturen in jede erforderliche Entfernung von einander gebracht werden.

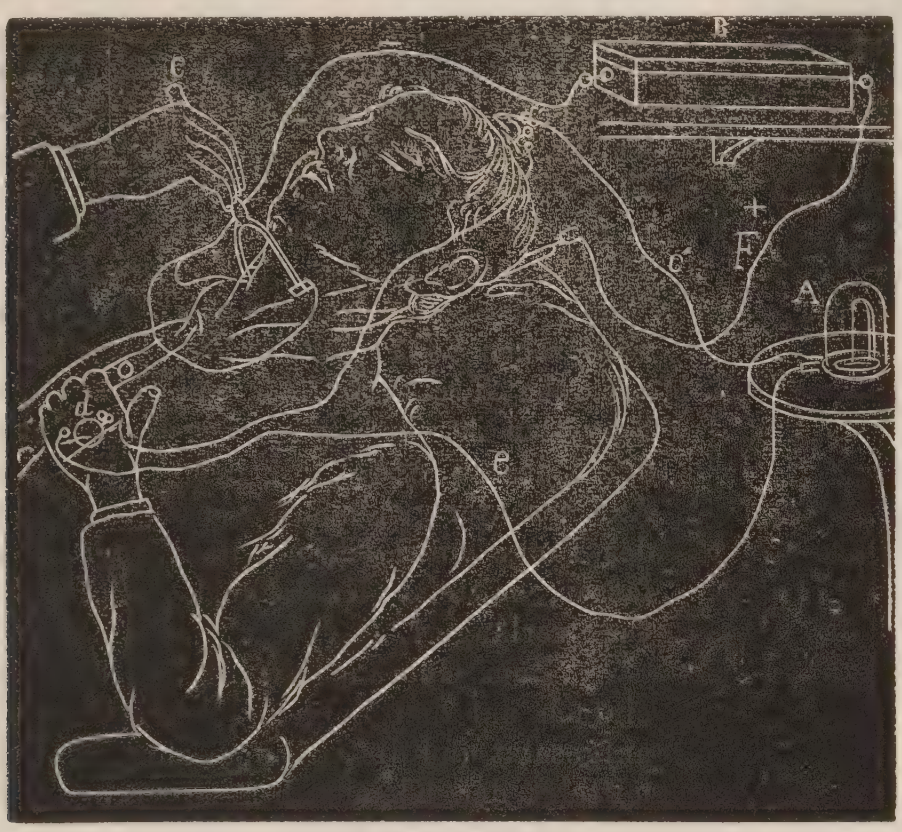
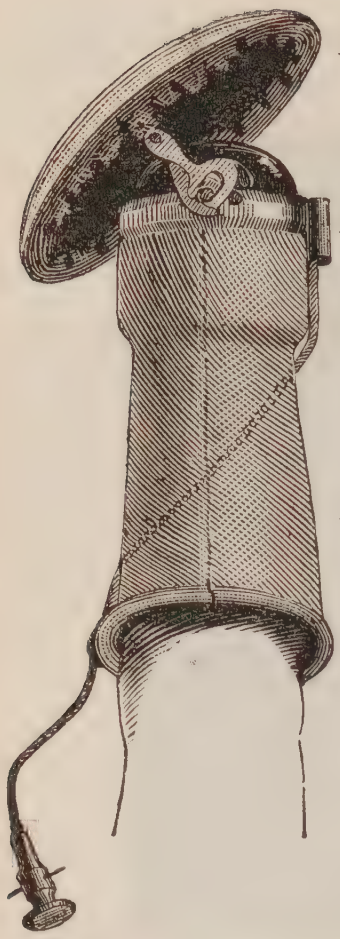


Fig. 2.

Die Anwendungsweise des Instruments ersieht man aus Fig. 2. Nach sorgfältiger Ausmittelung der Carotiden werden die Elektroden so angelegt, dass die Carotiden von den Pneumogastricis und den Jugularvenen hinweg und gegen die Medianlinie hin gedrückt werden. Der Grad der Compression ist sorgfältig zu überwachen und darf niemals das Aufhören der Pulsationen bewirken. Die entgegengesetzte Elektrode (meistens die positive) kommt in den Nacken zu liegen, und die Stärke des Stroms muss ebenfalls sorgfältig den Anforderungen des Falles entsprechend regulirt werden.

Die Wirkungen dieser Behandlungsmethode bestehen in Verminderung des arteriellen Druckes in der Rindensubstanz des Gehirns, neurotomische Contraction der Gehirncapillaren und Verlangsamung des Herzpulses, wenn stärkere galvanische Ströme zur Anwendung kommen. Constatirt marcanten Erfolg scheint Verf. bis jetzt nur bei der angio-paralytischen (congestiven) Form der Migräne erzielt zu haben. Er hält die Methode indessen auch für indicirt bei Epilepsie und in den ersten Stadien der progressiven Paralyse.

Monatsschrift für ärztliche Polytechnik.



283) *Fingerhut-Elektrode.*

Die Elektrode besteht aus einem knopfförmigen Ansatz *A*, welcher mittelst zweier an den Endpunkten seines Querdurchmessers angebrachter messingener Fortsätze mit einem Weichgummi-Fingerhut *F* verbunden ist. Letzterer ist in einen Metallring *R* eingefasst, der als Elektrodenhalter dient. Der Ring hat seitlich zwei Stifte, auf welchen die Elektrode sich charnierartig bewegt, und an seinem oberen Theile ist ein circa 10 Cm. langes Leitungsschnürchen *S* befestigt, welches mit einer Klemmschraube *K* endigt. An einem der erwähnten Fortsätze ist ein beweglicher Haken angebracht, durch dessen Abbiegung der Ansatz von seiner Axe herunter genommen werden kann. Der Rand des Fingerhutes ist, um den Finger fest zu umfassen, mittelst Kautschuck-Ansatz *C* um $1^1/_2$ Cm. verlängert.

Zum Gebrauche wird die Elektrode ganz einfach auf den Zeigefinger wie ein Fingerhut aufgesetzt und die Leitungsschnur der Elemente mittelst der Klemmschraube verbunden.

Diese Elektroden haben den Vortheil der sehr bequemen Handhabung, da beim Gebrauche nur ein Finger in Anspruch genommen wird, während alle übrigen frei sind und bei Ermüdung zur Stütze benutzt werden können. Die Beweglichkeit des Ansatzes erleichtert das Führen der Elektrode, indem der Finger dabei gestreckt und gebogen werden kann. Ausserdem nehmen diese Elektroden durch die Abwesenheit der Hefte einen minimalen Raum ein.

Dr. med. L. Vorstädter in Bialystok.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Stephansfeld, As-sistenzarzt, 900 M., freie Station. 2) Alt-Scherbitz, Volontairarzt, 1200 M., freie Station. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 4) Neustadt W. Pr., Volontairarzt, 600 M., freie Station. 5) Illenau, Hilfsarzt, sogleich, 1200. M., fr Stat.

Besetzte Stellen. Bendorf, Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt; Assistenzarzt, Herr Dr. Anton aus Berlin. Klingenmünster, II. Hilfsarzt, Herr Dr. C. Pilgrim.

Auszeichnungen. Prof. Kussmaul in Wien zum Ehrenmitglied der Kais-Russ. Militairacademie in Petersburg. Prof. Benedikt in Wien zum auswärt. Mitglied der Academie der Medicin in Constantinopel. Dr. Erlenmeyer in Bendorf zum corresp. Mitglied der Medico-Legal-Society zu New-York.

Todesfälle. Obermedicinalrath Dr. Goebell in Limburg. Geh. San.-Rath Dr. Meyer, Director der Irrenanstalt zu Bracke bei Lemgo.

Diese Nro. ist von Herrn Dr. Goldstein in Aachen redigirt.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 1. Juni 1884. Nro. 11.

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. I. K. Pr. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. II. Berliner medicinische Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. III. Berliner medicinische Gesellschaft. IV. Gesellschatt der Aezte in Budapest.

II. Referate und Kritiken. Benedictow: Die physiologische und therapeutische Bedeutung der Electricität bei Nervenkranken. Buzzard: Sklerose der Hinterstränge, in Folge von Geistesstörung. Teissier: Note sur les lésions trophiques des valvules aortiques dans l'ataxie locomotrice. Bókai: Tabes dorsalis. Nieden: Ein Fall von einseitiger temporaler Hemianopsie des rechten Auges nach Trepanation des linken Hinterhauptbeines. Nieden: Zwei Fälle von neuroparalytischer Hornhautentzündung. Crothers: Hirnberuhigungs-Mischung. Starr: Der Sehbezirk im Gehirn und seine Umgrenzung auf Grund einer Studie über Hemianopsie. Bordoni-Uffreduzzi: La fisiologia del sonno. Humphries: Bericht von Fällen der Cerebrospinalmeningitis. Blount: Ein Fall von traumat. Tetanus — Heilung. Meissenbach: Fall von Tetanus durch Fowl. Sol. geheilt. Hughes: Die Natur und Behandlung der Migräne. Wiglesworth: Case illustrating cerebral localisation. Donkin: Note on a case of Anästhesia. Walton: Spinalirritation: wahrscheinliche Entstehung des zuweilen unter dies Kapitel gebrachten Symptomencomplexes aus Hirnläsionen. Herczel: Einige seltene Formen der Aphasie. Jendrassik: Zur Methode der Untersuchung des Sehnenreflexes. Adamkiewicz: Neue Rückenmarkstinctionen und ihre Ergebnisse am normalen Gewebe. Adamkiewicz: Ergebnisse der Saffraninfärbung am kranken Rückenmarksgewebe. Charpentier: Paralyse des rechten Beins in Folge von Aetherinjectionen in den Oberschenkel. Neuritis traumatica. Amadei e Tonnini: Die Verrücktheit und ihre Formen. Kind: Ueber den Einfluss der Trunksucht auf die Entstehung der Idiotie. Workman: Was ist Moral Insanity. Beevor: Ueber die Beziehung des Aura-Schwindelgefühls zu epileptischen Anfällen. Davis: Classification, Behandlung und Erziehung der Schwach- und Blödsinnigen. Burr: Primäre Verrücktheit.

III. Aus den Vereinen. I. Academie des Sciences zu Paris. II. Societé de chirurgie zu Paris. III. Académie de médecine zu Paris. IV. Medical Society zu Chicago. V. Medical society of the county of New-York.

IV. Personalien.

I. Original-Vereinsberichte.

I. K. Pr. Akademie der Wissenschaften zu Berlin.

Sitzung vom 17. April 1884.

284) **Mendel**: *Ueber paralytischen Blödsinn bei Hunden.*

„Die Untersuchungen über die progressive Paralyse der Irren führten mich zu dem Schluss, dass zur Hervorbringung der Krankheit zweierlei nothwendig sei: einmal eine gewisse krankhafte Veränderung der Gefässwände, die den Durchtritt der weissen Blutkörperchen, wie

des Blutplasma erleichtert, zweitens eine active Hyperämie in den Gefässen der Hirnrinde, welche jenen Durchtritt in die Hirnsubstanz veranlasst. Die in grösserer Menge ausgetretenen Blutbestandtheile bilden sodann den Ausgangspunkt für die weiteren in der Hirnrinde sich vollziehenden Veränderungen: Wucherung der Gliazellen, Bindegewebsneubildung, schliesslich Atrophie der nervösen Elemente.

Wenn diese Auffassung eine richtige war, schien kein Grund vorzuliegen, warum man nicht auch bei Thieren nach Herstellung jener Bedingungen progressive Paralyse mit jenen pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Hirnrinde sollte erzeugen können. Ja, es liess sich annehmen, dass auch ohne vorhergegangene Erkrankung der Gefässwände dasselbe Resultat erzielt werden würde, wenn nur eine stärkere treibende Kraft für die Hyperämie angewandt wurde, um den grösseren Widerstand *normaler* Gefässwände aufzuwiegen.

Diese Erwägungen bildeten den Ausgangspunkt von Versuchen, die in dem physiologischen Laboratorium der Königlichen Thierarzneischule an Hunden angestellt wurden. Zur Hervorrufung der activen Hyperämie wurde die Centrifugalkraft benutzt, in ähnlicher Weise wie dies Salathé (Travaux du Laboratoire de M. Marey. Année 1877, p, 251) zu anderem Zweck gethan hat.

Hunde, die auf einer Tischplatte so befestigt waren, dass ihr Kopf an der Peripherie des Tisches sich befand, gingen, wenn die Tischplatte in genügend schnelle und lange genug fortgesetzte Rotation versetzt wurde, während der Drehung zu Grunde (in 25—30 Minuten bei 120—130 Umdrehungen in der Minute). Die Section zeigte hochgradige Hyperämie der Schädelknochen, der Hirnhäute und der grauen Hirnrinde, Blutleere und Oedem der weissen Substanz. Ausserdem fanden sich in den Häuten, wie in der Hirnrinde zahlreiche punktförmige Blutungen, die besonders in der Gegend des *Sulcus cruciatus* ausgeprägt waren.

Wenn man aber die Hunde bei geringerer Geschwindigkeit (100 bis 110 mal in der Minute) nur wenige (4—6) Minuten drehte, so sah man bei Aufhören des Drehens nur die oft beobachteten und beschriebenen Schwindelerscheinungen. Wiederholte man diese Drehungen täglich, und zwar 3—4 mal mit kurzen Pausen, dann sah man gegen den 12.—14. Tag zuerst Verlust des Muskelgefühls einer hinteren Extremität, dem bald dann derselbe Zustand in der anderen folgte. Waren diese Erscheinungen deutlich ausgeprägt, so wurden die Drehungen nicht mehr wiederholt und die Thiere bei guter Fütterung sich selbst überlassen. Im Laufe der nächsten Wochen stellten sich nun ein: Zunahme der Erscheinungen an den hinteren Extremitäten, Auftreten derselben an den vorderen Extremitäten, erschwertes Gehen (Hahnentritt, Lahmsein), schliesslich vollständige Unfähigkeit, sich zu bewegen, Facialisparesen, Paresen der Rumpfmuskulatur, der Nackenmuskulatur, Veränderungen des Bellens, erschwertes Urinlassen. Gleichzeitig nahm die meist schon in der zweiten Woche deutliche Apathie stetig zu und wurde allmählig zum theilnahmlosen Blödsinn. Das Körpergewicht pflegte dabei sehr rasch zu sinken, während der

Appetit ungestört erschien. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen allgemeiner Lähmung.

Vergleicht man das geschilderte Krankheitsbild, das bei Hunden sonst nicht beobachtet wird, mit den beim Menschen vorkommenden Krankheiten, so kann nur die progressive Paralyse der Irren in Frage kommen mit der es sowohl in Bezug auf den progredienten Verlauf, wie in Bezug auf die Verbindung des Blödsinns mit den allgemein verbreiteten paralytischen Symptomen übereinstimmt.

Diese Uebereinstimmung wird aber ausserdem gestützt durch die Sectionsresultate.

Dieselben ergaben bisher regelmässig: Verwachsung des Schädels mit der *Dura*, dieser mit der *Pia* und der Hirnrinde im Bereiche des *Sulcus cruciatus*, Trübung der *Pia*, besonders längs der Gefässfurchen, Eingesunkensein der den *Sulcus cruciatus* umgebenden Windungen, wie des *Lobus anterior*, *Hydrocephalus internus*. Mikroscopisch zeigten sich partielle Verwachsungen der Hirnrinde mit der *Pia*, Kernvermehrung, Wucherung der Gliazellen mit Neubildung von Gefässen, stellenweise Veränderung der Ganglienzellen. Die hochgradigsten Ver-Veränderungen fanden sich in den den *Sulcus crutiatus* und die *Fissura Sylvii* umgebenden Windungen, in ähnlicher Weise wie beim Menschen und entsprechend der Localisation der Symptome. Die übrigen Organe auch das Rückenmark, boten nichts wesentlich Abnormes.

Dass in der That die active Hyperämie die wesentliche Bedingung für die Erzeugung der Krankheit ist, geht daraus hervor, dass ganz in derselben Weise angestellte Experimente, bei denen aber der Kopf des Hundes in der Mitte der Tischplatte fixirt war, wodurch Hirnanämie beim Drehen hervorgerufen wurde, ohne jedes Resultat blieben.“

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. Mai 1884.

285) Herr **Oppenheim** berichtet im Anschluss an seinen Vortrag in der letzten Sitzung, dass er jetzt über 100 Tabesfälle für seine Statistik verwerthet habe; es fanden sich davon 59 ohne alle Zeichen von Syphilis, 11 hatten ein ulcus molle, 13 ein u. durum ohne Secundärerscheinungen gehabt, 11 waren sicher syphilitisch gewesen, 6 leugneten Infection, waren aber verdächtig = 17% der Fälle mit Lues. Andrerseits fand er unter Syphilitischen, deren Infection mehr als 5 Jahre zurückdatirte, nur einen Tabesverdächtigen.

Herr Remak hat 64 Fälle untersucht, 15 w. 49 m. Keiner von ihnen zeigte floride Lues. Bei den Frauen war keine Infection nachweisbar, dagegen wurde 5 mal die Tabes auf Erkältung, 1 mal auf Trauma, 2 mal auf Schreck zurückgeführt. Augenmuskellähmungen waren in 7 Fällen vorangegangen. Bei den Männern wurde 14 mal Infection zugestanden, der Zeitraum zwischen derselben und dem Beginn der Tabes betrug 1—23 Jahre, durchschnittlich 8 Jahre; unter diesen 6 mal Erkältung. Augensymptome bestanden in 7 der Fälle. —

19 mal Infection ohne Secundärerscheinungen, darunter 7 mal Erkältung, 1 mal Trauma; Augensymptome 3 mal. — In der dritten Reihe, 21 ohne zugestandene Infection, waren 2 verdächtig. Das Facit ist demnach, dass von unitarischem Standpnnkte aus 63% dieser Fälle syphilitisch, wo sonst nur 36%.

Herr Bernhardt verfügt über folgende Beobachtungsweise (nach den einzelnen Jahren).

Tabesfälle.		vorangeg. ulc. dur. od. molle.		Nur ulc. dur.	
67		40%		21%	
21		60%		45%	
26		57%		38,4%	
12		83%		83%	
125		60%		46,8%	

Er hat dagegen bei 100 Tuberkulosen nur in 26%, bei anderen Kranken in 55 bezw. 23% vorangegangene Lues constatirt, also einen deutlich geringeren Procentsatz.

Herr Westphal betont, dass die Statistik die grosse Zahl der durchaus zweifelhaften Infectionsfälle nicht genügend berücksichtigt.

Herr Mendel hielt darauf einen Vortrag über paralytischen Blödsinn bei Hunden (siehe oben Vereinsbericht der K. Pr. Akademie.

III. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 21. Mai 1884.

286) **Gnauk** (Pankow): *Ueber Augenstörungen bei multipler Sklerose.*

Es handelt sich um das bedeutende Material von *50 Fällen*, die Vortr. während seiner Thätigkeit in der Nervenabtheilung der Kgl. Charité beobachtet hat. Es sind nur ganz unzweifelhafte Krankheitsbilder angezogen; ein grosser Theil der Diagnosen wurde durch die Section bestätigt. Vortr. misst den Augenstörungen bei der erwähnten Krankheit um so grössere Bedeutung bei, seitdem Westphal eine Pseudo-multiple-Degeneration mit negativem Sectionsbefund beschrieben und das frühzeitige Anftreten von Opticus-Atrophie bei der ächten Sclerose als diagnostisch entschieden aufgestellt hat.

Abgesehen von den nicht characteristischen Motilitätsstörungen der Augen (Muskellähmungen, Ungleichheit der Pupillenstarre etc.) fand Gnauk unter seinen *50* Fällen *28* × *Sehstörungen.* Davon waren: *8* × *einfache Amblyopie* vorhanden, *5* × *Herabsetzung der Sehschärfe* und *Einschränkung des Gesichtsfeldes* und *15* × *Veränderungen des Augenhintergrundes.* Betreffs der Sehfelddefecte ist zu bemerken, dass meist die Einschränkung eine temporale war, ferner waren die Defecte oft sehr wechselnd und flüchtig. — Die Augenspiegelbefunde characterisirten sich *2* × als *totale Opticusatrophien, 10* × als *partielle Opticus-Atrophie* (4 × mit Verfärbung der temporalen Papillenhälfte) und *3* × als *frische Neuritis.* — Vortr. theilt einige der interessanteren Krankheitsgeschichten ausführlich mit und macht darauf aufmerksam, dass Atrophie des Sehnerven oft eine Jahre lang verausgehende Initialerscheinung der multiplen Sclerose sei, bevor man noch irgend ein anderes Symptom constatiren könne.

Uhthoff, der als Opthalmologe die obigen Augenspiegelbefunde controlirt hat, knüpft an den Vortrag Gnauk's einige spezialistische Bemerkungen und macht besonders auf das grosse Missverhältniss aufmerksam, das häufig zwischen den ophthalmoscopischen Befunden und den subjectiven Erscheinungen des Kranken nach der einen oder der anderen Richtung bestehe. Langreuter (Dalldorf).

IV. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 1. Dezember 1883.

287) **Berthold Stiller** (Budapest): *Ein Fall von Bulimie* (mit Kranken-Vorstellung.)

Bulimie ist nach Verf. nichts anderes als die Hyperaesthesie der Hungernerven, die man als *Hyperorexie* bezeichnen sollte im Gegensatze zur Anorexie. Bei dieser Art der Magen-Neurosen, welche in den grossen Rahmen der Neurasthenia gastrica gehört, handelt es sich aber auch um qualitative Veränderungen des Hungergefühls, also es unterlaufen auch *Parorexien*, wobei die Kranken ganz ungewohnte Substanzen gierig in sich einverleiben.

Der vorgestellte Kranke war immer erregbarer Natur. Entbehrungen, Sorgen, Abusus Veneris, Onanie, starkes Rauchen, haben sein ohnehin disponirtes Nerven-System untergraben. Nach einer zwei Monate dauernden nervösen Anorexie wurde er *Bulimiker* mit besonderer Gier nach Amylaceen in grossen Dosen. Wenn er in's Essen geräth, fühlt er sich verwildert, elend, krank. Seine Zunge fühlt er als mit Kalk bestrichen an, hat keinen Genuss beim Essen. Während der Spitals-Diät wurde er ruhiger und wohler.

Bei demselben Pat. ist eine allgemeine Neurasthenie in der cerebralen und spinalen Form zu constatiren und zwar ad 1) Betäubung, Traumgefühl, Aufregung, Ungleichheit der Pupillen, Parästhesien in den Wangenzweigen und Hyperästhesie in den Dentalzweigen des Trigeminus; Paraesthesie des Glossopharyngeus. ad 2) Schwellungsgefühl der unteren Extremitäten, Stumpfheit der Sohlen, neurotische Schmerzen im rechten Kniegelenk, mot. Schwäche der Beine, Strangurie, Impotenz. Die durch verschiedene Mittel bezweckte Narcotisirung des Magens hatte bisher kaum Erfolg.

Sitzung vom 24. November 1883.

288) **Korángi:** *Ein Fall von Athetosis mit dem Uebergang in Paralysis spastica.*

Ein 14 jähr. Pat. Seine Krankheit entstand nach einer intensiven Erkältung vor einem Jahre. Erst die l. obere Extremität. Vier Monate darauf die r. obere; dann vor 4 Wochen die l. untere Extremität ergriffen. Bei der Krankenvorstellung — aus der Klinik — sind keine athetotischen Bewegungen mehr zu sehen, dafür Patellar-Reflex gesteigert, Fuss-Phänomen stark ausgeprägt. In den Streckern tonische Contractionen. Das Krankheitsbild entspricht der Paralysis spastica. Seit einigen Tagen ist sogar der respiratorische Ast des linken Facialis paretisch.

Bezüglich *der Localisation der* Hamond'schen *Krankheit* gelangt Verf. zur Annahme, dass *das Leiden seinen Sitz in den* um die Rolando'sche Furche gelegenen *Gyri centrales* habe. Dafür spricht im demonstrirten Falle auch die Facialis-Parese. K. meint der Krankheitsprocess sei eine chron. Entzündung, die zur Sclerose führt.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

II. Referate und Kritiken.

289) **M. W. Benedictow:** Die physiologische und therapeutische Bedeutung der Electricität bei Nervenkranken. (Wratsch 1883. Nro. 10, 11, 15. russisch.)

Die Erscheinungen, welche bei der Franklinisation durch Funken auf der Haut beobachtet werden, sind schon früher von Duchenne, und in letzterer Zeit von W. J. Drosdow beschrieben worden. Beide Autoren beobachteten ein Blasswerden der Haut an der Stelle der Franklinisation durch Funken. Duchenne erzählt, dass er diese Blässe im Allgemeinen 20—30 Minuten lang beobachtet habe, worauf gewöhnlich eine *erythematöse* Färbung der Haut eintrat. In einem Falle, bei einem zarten Subjecte blieben diese farblosen, matten Stellen 3—4 Stunden nach der Sitzung und nahmen dann ein eigenthümliches Aussehen an. Dabei wurde durch das Thermometer eine Temperaturerhöhung dieser Stellen constatirt, die auch vom Kranken selbst empfunden wurde. Verf. seinerseits fügt folgendes hinzu: Die Haut, welche unter dem Einfluss der electrischen Funken erblasst, fängt nach einiger Zeit, ungefähr nach 15—20 Min., oft auch später, an sich allmälich zu röthen und bietet 1 oder 2 Stunden nach der Sitzung auf der ganzen Fläche der Franklinisation das Bild eines Roseolaausschlages dar. Dieses Bild erhält sich während mehrerer Stunden, z. B. 12—16 Stunden, bisweilen auch 20, worauf gewönlich keinerlei Spuren übrig bleiben. Die verschiedene Zartheit der Haut und die ungleiche Stärke des Stromes beeinflussen direct alle diese Erscheinungen, die um so schneller und schärfer hervortreten und um so länger anhalten, je zarter die Haut ist und je stärker der electrische Strom. Bei gemeinen Arbeitern konnte man diese Erscheinungen oft fast gar nicht beobachten.

Bei der Franclinisation beobachtete B. sehr häufig erhöhte Thätigkeit der Schweissdrüsen, besonders im Anfange der franclinisirten Hautpartien. Bei einigen Subjecten traten während der Sitzung im Umfange der den Funken ausgesetzten Hautstellen ziemlich grosse Schweisstropfen auf, welche sogar abgewischt werden mussten, um den schädlichen Einfluss auf den electrischen Strom zu entfernen.

Nach der Sitzung arbeitet das Herz ruhiger, der Rhythmus der Contractionen wird regelmässiger und in der grossen Mehrzahl der Fälle verlangsamt. Die vom Verf. in dieser Beziehung gesammelten

Daten ergeben eine Verminderung der Pulsfrequenz um 1—16 Schläge in der Minute; im Mittel um 6 Schläge. Der Puls wurde beschleunigt nur in 5%, blieb ohne Veränderung in 4%, in den übrigen 91% wurde er verlangsamt.

Die electrische Leitungsfähigkeit der Haut wird unter dem Einfluss der Franclinisation durch Funken fast immer im Umfange der electrischen Funkenschläge erhöht.

Die electrische Empfindlichkeit der Haut wird grösstentheils erhöht, sowohl auf der Stelle der Franclinisation, wie auch auf entfernteren Stellen. Der Tastsinn der Haut, gemessen mit dem Weber-'schen Zirkel wird bei der Franclinisation nach einer Sitzung grösstentheils erhöht, wobei diese Erhöhung in der Mehrzahl der Fälle an Stellen beobachtet wird, welche nicht den electrischen Funkenschlägen ausgesetzt gewesen. Zugleich ist auch das Procent der Erhöhung an diesen Stellen ein grösseres als in der Gegend der electrischen Funkenschläge.

Die electrische Muskelerregbarkeit wird bei Gesunden grösstentheils (59,4%) erhöht, sowohl im Umfange der Franclinisation (im Mittel um 11%) als auch an anderen Stellen (in 6,5%). Die Muskelkraft bei rheumatischer Lähmung wird nach einer Sitzung durch Franclinisation wie bei Gesunden vermindert, bei den meisten Nervenleiden aber erhöht. Auf Grund aller seiner Beobachtungen an Kranken kommt Verf. zu folgendem allgemeinen Schlusssatze über die therapeutische Bedeutung der statischen Electricität: Sie kann grossen Nutzen bringen namentlich bei peripheren Nervenleiden, wobei sie oft durch nichts anderes ersetzt werden kann; ihre Anwendung bei Leiden rheumatischen Characters hat, wenn auch nicht immer, so doch in den meisten Fällen, grösseren Erfolg als die Anwendung der Faradisation und Galvanisation. Daher wäre es wünschenswerth, dass diese electrische Heilmethode, welche so lange in Vergessenheit geblieben, in grösserem Maasstabe studirt und ausgearbeitet würde als es gegenwärtig der Fall ist.

B.'s Untersuchungen sind unter der Leitung W. J. Drosdow's ausgeführt worden. Buch (Helsingfors).

---

290) **F. Buzzard** (London): On posterior spinal sclerosis, consecutive to disease of blood-vessels. (Sklerose der Hinterstränge, in Folge von Geistesstörung. (Brain, Jan. 1884.)

Ein 39 jähriger Anstreicher, der zweimal an Tripper, einmal an Schanker ohne Secundärerscheinungen gelitten hatte, erkrankte an Schwäche und Ataxie der Beine, Abnahme der Sensibilität an den Füssen, Taubheitsgefühl in den Fingern, lancinirenden Schmerzen und Accommodationsstörungen mit Abnahme der Sehkraft. Das Kniephänomen fehlte. Gegen Ende des Lebens stellten sich hartnäckiges Erbrechen und Leibschmerzen ein, zugleich völlige Unfähigkeit zu gehen, vorgeschrittene Atrophie der Sehnerven und Blasenschwäche. Das Bild entsprach vollkommen einer schnell verlaufenden Tabes dors. (2 Jahre). Die Section ergab im Gehirn makroscopisch nichts Ab-

normes; auf dem parietalen Blatt der Arachnoidea spinal. fanden sich zahlreiche (ca. 20), 1—2 Ctm. grosse rundliche verkalkte Platten. Herz und Aorta normal.

Die von Bevan Lewis vorgenommene microscopische Untersuchung ergab exquisite graue Degeneration der Goll- und Burdach-'schen Stränge und eine auffällige Schrumpfung der Vorderhörner; die an einzelnen Stellen — die Affection hatte in den verschiedenen Partieen wechselnde Intensität und betraf stets eine Hälfte besonders stark — auf die Hälfte des normalen Umfanges reducirt waren. Sie waren im Dorsaltheile von mehrfachen länglichen Höhlen durchsetzt von fast 2 Mm. Durchmesser. Die Gefässe im Rückenmark zeigten sich durchweg in characteristischer Weise verändert, in den Hintersträngen oft ampullenartig erweitert, die Wände verdickt. Sowohl auf horizontalen wie verticalen Schnitten bildeten sie den Mittelpunkt der sclerotischen Herde der Hinterstränge. Besonders deutlich erschien dies, wo die Gefässe von der Pia aus in den hinteren Theil des Rückenmarkes eintraten: das sclerotische Gewebe schien sie bis in ihre feinsten Verzweigungen zu begleiten. Aus diesem Befunde schliesst L., dass die Periarteriitis in den Membranen des Rückenmarkes beginnend und auf die Hinterstränge übergehend, die Hauptrolle bei der Sclerosiruug dieser und der übrigen Rückenmarkstheile spiele und die Primärerkrankung bilde.

Was die sehr ausführlich beschriebenen Veränderungen der Nervenelemente in den einzelnen Partieen des Rückenmarks anbetrifft, so fand sich im unteren Cervicaltheil atrophische Schrumpfung der Zellgruppen im Gebiete der vorderen Wurzeln und der Vorderhörner, während der obere Theil Sitz geringfügigerer Affectionen war. Im Dorsaltheile fand sich im Bereiche der hinteren Stränge kaum ein intacter Axencylinder, im Gewebe waren sehr zahlreiche gelbbraune Körperchen mit dunklen Kernen zerstreut. Auch die Seitenstränge, besonders der linke directe Kleinhirnstrang waren ergriffen, die Schrumpfung der Vorderhörner war hier am deutlichsten, die Vorderstränge aber frei.

In der Lumbalregion Degeneration der Clarke'schen Säulen, deren Zellen alle Stadien bis zum völligen Zerstörtsein aufwiesen. Die Gefässe in ihrer nächsten Nachbarschaft waren in besonderem Grade entartet. — In Pons und Med. obl. Degeneration der Kerne im Funicul. cune. at. und gracil., partielle Sklerose des funic. solitar. im Ursprung des Vagus und Glossopharyng. (L. vermuthet hierin die Ursache des Erbrechens.) — Die Gehirnorgane normal. Die Atrophie des Sehnerven war an der Papille am weitesten vorgeschritten und nahm gegen das Chiasma ab. — Buzzard hält diesen Fall, der klinisch der Tabes doch so ähnlich sieht, aber einen ganz verschiedenen Ursprung und Ausgang hat, gestützt auf ähnliche von Charcot und Vulpian vertretene Ansichten und die Versuche von Adamkiewicz, für eine Krankheit sui generis, die jedenfalls häufiger unter den sogenannten Tabesfällen vertreten sei.

Matusch (Dalldorf).

291) **Teissier:** Note sur les lésions trophiques des valvules aortiques dans l'ataxie locomotrice. (Lyon médicale 1884. Nro. 6.)

Verf. macht aufmerksam auf die Coincidenz von Tabes dors. und ateromatöser Degeneration der Aortenklappen, erklärt beide Processe für die Folge desselben pathologischen Processes, nämlich der Endarteriitis der kleinen Gefässe, in deren Gefolge die sklerofibröse Degeneration des R.-M und der Gefässe auftritt. Die Erkrankung ist an Lebenden meist nicht zu erkennen; post mortem finde man an den Aortenklappen kleine, wenige Mm. grosse Perforationen, welche nicht etwa dem vorgerückten Alter zur Last zu legen sind, da sie Verf. schon bei 25 jährigen Nervenkranken fand. Von 8 einschlägigen Fällen handelte es sich 6 mal um längere Zeit dauernde Nervenaffectionen, fleckförmige Sklerose, Epilepsie, Paralysis agitans, Cerebraltumor u. s. w. S. (D. M. W.)

---

292) **Aspád Bókai** (Budapest): Tabes dorsalis. Symptomatische Heilung nach innerer Verabreichung von Nitras argenti. (Orvosi Hetilap 1883. Nro. 43.)

Ein auf die Klinik des Prof. Korányi aufgenommener 63 J. alter Tabetiker der vom 12. April bis 18. Juli 1881 dort mit Nitr. argenti 0,01 0,02 — in Pillen — täglich behandelt wurde, hatte alle tabischen Erscheinungen verloren und ist bis zum 28. Septembrr 1883 noch immer keine Verschlimmerung eingetreten. Bloss *Patellarreflexe fehlen beiderseits.*

Den Fall hält also Verf. in klinischem Sinne für geheilt. Er hält mit Leyden eine *Involution der Symptome für möglich*, die wirklichen anatomischen Veränderungen bleiben aber und somit schwinden eigentlich nur die functionellen Störungen, die Symptome, während das Krankheits-Substrat doch vorhanden ist. Verf. meint, dass nachbarliche Nervenbanhen die Leitung im Rückenmarke übernehmen. Auch wenn diese vicariirenden Partien vom degenerativen Process erfasst werden, dann erschienen wieder die früheren Symptome.

Verf. wendet sich gleichzeitig gegen Eulenburg's Methode der subcutanen Anwendung des Nitr. arg. und plaidirt weiter für dessen innere Darreichung, da diese Pillen nur dann wirkungslos sind, wenn das Recept schlecht ihre Bereitung vorschreibt. Die Pillen sollen nach Verf. immer frisch gemacht werden, wenig auf einige Tage, dann mit *Argilla alba* unter Hinzugabe von etlichen Tropfen Wasser verfertigt werden. In dieser Form zerfällt das arg. nitricum nicht im Magen; damit es sich im Chymus nicht decomponire *soll man es nur auf nüchternen Magen nehmen und darauf gleich Milch trinken lassen.* Wenn nämlich geringe Mengen von Salzsäure vorhanden sind, bildet sich kein Chlorsilber, sondern Silberalbumin, welches nicht wie jenes im Ammoniak allein sich lösend mit dem Koth evacuirt wird, sondern in den Chloralkalien, Salz-, und Milchsäure sich gut löst und daher auch leicht resorbirt wird. Verf. empfiehlt die interne Anwendung in der beschriebenen Weise umsomehr, als er

die Injectionen, wegen der protrahirten Anwendung nicht nur nachtheilig, sondern wegen der Stiche — deren die Tabiker genug ohnedies erleiden — inhuman findet.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

293) **A. Nieden** (Bochum): Ein Fall von einseitiger temporaler Hemianopsie des rechten Auges nach Trepanation des linken Hinterhauptbeines. (v. Gräfe's Archiv f. Ophthalmal. XXIX. 3. 1883.)

Vorliegender Fall — ein physiologisches Experiment am Menschen — ist von hohem Interesse. Es handelt sich um ein 22 jähriges Dienstmädchen, welches im November 1881 mit einem schweren Eimer Wasser die Treppe hinunterstürzte und auf die vorspringenden Kanten der einzelnen Treppenstufen wiederholt mit dem Hinterkopf aufschlug. Bewusstlosigkeit und später Schmerz am Hinterkopfe der linken Seite. Am folg. Morgen Unvermögen die rechten Extremitäten zu bewegen. Schluckbewegung mühsam und schmerzhaft. Fieber. Eine rechtsseitige Hemiplegie mit Kopfschmerzen von wechselnder Intensität hielt fieberlos Wochen lang an, Sehvermögen gut. Nach $2^1/_2$ Monaten konnte Pat. aufstehen. Anfang Mai 1882 konnte sie schon wieder häusliche Arbeit verrichten. Nur eine Stelle des l. Hinterhauptbeines nahe der Mittellinie war sehr schmerzhaft. Am 29. Mai plötzlich heftiger Kopfschmerz. Schwindel, Umnebelung des Bewusstseins und am nächsten Morgen Lähmung der rechten Extremitäten nebst Hemianästhesie, wie 7 Monate zuvor. Jede Schmerzattaque ist von lang dauerndem Ohnmachtsanfalle begleitet. Eclamptoide Anfälle. Fehlen jeglicher Lähmungserscheinungen am Auge, normal reagirende Pupillen, Sehschärfe = 1, normale Gesichtsfeldausdehnung beider Augen. Die am 30. Aug. 1882 vorgenommene Spaltung der Schädelbedeckung durch einen Kreuzschnitt an der empfindlichsten Stelle, liess nach Entfernung des Periost eine Fissur des äusseren Schädeldaches an dieser Stelle erkennen. Es wurde dann der Schluss gezogen, dass eine Absplitterung der lamina vitrea dieser Stelle stattgefunden, wodurch eine Läsion der Dura und die Bildung eines subduralen Abscesses bewirkt worden. Unter aseptischen Cautelen wurde desshalb die Trepanation vorgenommen. Die Operation bot wegen der Ungleichheit der Wandstärke des zu durchbohrenden Schädeldaches besondere Schwierigkeit; die Dura an der l. Seite des Bohrloches wurde verletzt. Eine Entleerung von Eiter zeigte sich nicht; Dura war beim Eingehen mit dem Finger mit den Schädeldecken fester als in der Norm verwachsen. Wunde wurde mit Jodoform verbunden. Die Trepanöffnung befand sich $^1/_2$ Ctm. oberhalb der Protuberantia externa, nach links von der verlängerten Sagittalnaht gelegen, dort, wo die Spitze des l. Hinterhauptlappens dem Knochen anliegt. Am nächsten Morgen schon bemerkte Pat. eine Abnahme der paretischen Erscheinungen der rechten Seite, ebenso der Anästhesie. Am folgenden Tage — 1. September — Klagen über dunkle Schatten vor den Augen. Am 2. Septbr. sieht Wunde schlecht aus, Hirnsubstanz steht 3 Mm. über den Wundrändern und wird zur Abstossung

kommen. Fieber. Am 3. Septbr. Aufhellen des Sensoriums, Schwinden des Angstgefühls, Zunahme des Appetits. Vom 7. Tage an fing die Parese der Extremitäten wieder an, Fortschritte in der Besserung zu machen. Loslösung eines ca. bohnendicken Stückes der Hirnrinde im Laufe der nächsten Tage. Am 9. Tage genauere Prüfung des Sehvermögens. *Links* konnte Pat. kleineren Druck geläufig lesen, S. für die Ferne $^{10}/_{15}$. Gesichtsfeldgrenzen und Farbenperception normal. Mit dem *r. Auge* konnte hingegen Pat. nicht central fixiren. S. für die Ferne $^{1}/_{20}$. Aufnahme des Gesichtsfeldes ergab, dass der temporale Theil desselben bis zur Mittellinie gänzlich fehlte und ebenso schien ein Theil der oberen medianen Hälfte zu fehlen. Bei der geringen Beleuchtung keine deutliche Farbenperception. Schädelwunde schloss sich — nachdem durch Spaltung zweier Abscesse grössere und kleinere Sequester entfernt worden — allmälich gänzlich, die anästhetischen und paretischen Erscheinungen der rechten Körperseite gingen unter Anwendung der Electricität zurück. Pat. konnte Anfang Dez. entlassen werden. Es traten sporadisch nur selten noch Kopfschmerzen, namentlich beim Bücken, auf. Nach 3 Monaten untersuchte Verf. nochmals die Augen und erhielt den früheren Befund des temporalen Gesichtsfelddefektes des *r. Auges*. Centrale S. hatte sich inzwischen auf $^{1}/_{3}$ für die Ferne und Nro. 3 Jäger für die Nähe gehoben, während *links* die Grenzen, wie auch früher bemerkt, perimetrisch enger als normal gefunden wurden. S. = 1. An die Sehstörung des r. Auges hatte sich Pat. vollkommen accomodirt. Weitere Klagen hatte die Pat. nicht mehr.

In diesem Falle war also durch die artificielle Kunsthilfe zur Heilung des ersten, hemiplegischen Leidens der Defekt des Gesichtsfeldes des rechten Auges geschaffen worden, für die Patientin ein geringeres Uebel gegenüber dem quälenden Hirnleiden. Die Schlussfolgerung, dass die Störung des Sehvermögens mit dem gequetschten, nekrotisch gewordenen und abgestossenen Stücke der Rinde des Hinterhauptslappens in Causalconnex zu bringen ist, ist ebenso bindend als interessant. Es muss demnach jene Lokalität des Occipitallappens das Sehcentrum für den grössten Theil des Retinalgebietes des rechten Auges bilden, da sich bei der Untersuchuug des vor der Operation wiederholt als intakt gefundenen Gesichtsfeldes des rechten Auges ein Verlust des grösseren Theiles desselben nach der Operation ergab. Es bestand nur eine partielle Vernichtung des Sehcentrums der l. Seite und zwar der Parthie, die der Medianlinie am nächsten gelegen, der die Versorgung der medianen Hälfte der Netzhaut des rechten Auges oblag, während die der temporalen Hälfte der Retina des linksn Auges entsprechende, intakt blieb und nur in wenigen Fasern getroffen wurde.

In einer Nachschrift führt Verf. an, dass nach Jahresfrist sich die Grenzen des temporalen Gesichtsfelddefektes des *rechten* Auges erhalten haben, das centrale Sehvermögen indess wieder abgenommen hat und auf $^{1}/_{7}$ des Normalen gesunken ist, während auch links ein medianer Gesichtsfelddefekt, der mit senkrechter, die Macula indess frei lassender Linie das innere Drittel des ganzen Gesichtsfeldes als

fehlend erkennen lässt, sich ausgebildet hat. Sehschärfe = 1. Patientin ist wohl. Die langsame Zusammenziehung der Hirnwunde hat wahrscheinlich die noch erhalten gewesenen Nervenfasern des linken Centrums in ihrer Thätigkeit gelähmt und hat dadurch zum Ausfall auch des von diesem Centrum versorgten temporalen Gebietes der Netzhaut des linken Auges Veranlassung gegeben, so dass jetzt eine gleichseitige Hemianopsie beider Augen mit dem grösseren Defekt im temporalen Gesichtsfelde des gekreuzten rechten Auges und dem kleineren Ausfall im medianen des gleichseitigen linken Auges besteht. (Ref. kann nicht unterlassen, auf die Wichtigkeit vorliegenden Falles in Bezug auf die von Munk entdeckten Thatsachen nochmals hinzuweisen.)

Goldstein (Aachen).

---

294) **A. Nieden** (Bochum): Zwei Fälle von neuroparalytischer Hornhautentzündung. (Sepr.-Abdr. aus d. Archiv f. Augenheilkunde. XIII. 1883.)

Erster Fall: Hirnverletzung in der motor. Zone des l. Scheitellappens, Lähmung des Abducens und Trigeminus. Neuroparalitische Ceratitis oc. sin. nach der Correction des paralytischen Strabismus. Heilung durch Strychnin-Injection.

Das Interesse des vom Verf. in extenso mitgetheilten Falles gipfelt zunächst in dem späten Eintreten der destructiven Vorgänge am Auge ca. 9 Monate nach der ersten Verletzung — obwohl ein anästhetischer Zustand der Conjunctiva und Cornea des linken, der Seite der Schädelverletzung gleichseitigen Auges gleich anfangs hervorgerufen ward. So lange nämlich die Cornea vollkommen geschützt durch die ton. Contraction des Rect. intern. und nicht den Schädlichkeiten der Luft ausgesetzt war, blieb sie intact. Das durch die Anästhesie in seiner Widerstandsfähigkeit herabgesetzte Cornealgewebe wurde dann durch die nach der Operation der Muskelvorlagerung es treffenden, wenn auch geringen Schädlichkeiten, zu eitrigem Zerfall gebracht. Für den Beweis der Existenz oder Nichtexistenz der troph. Nerven ist der Fall nicht verwerthbar. Auch der zweite interessante Punkt, die Reparation und Heilung des Geschwürs nach Strychnininjektionen, lässt die Frage der troph. Nerven unberührt. Der Schluss muss allerdings gezogen werden, dass Nerveneinflüsse auf die Lebensbedingungen der Gewebe, hier der Cornea, von entscheidender Wichtigkeit sind.

II. Fall: Neuroparalyt. Ceratitis in Folge von Fractura basis cranii und nachfolgender Paralyse des Trigeminus und Abducens, sowie Parese des Facialis der l. Seite.

Auch dieser Fall muss für die günstige Wirkung der Strychnininjektion angezogen werden. Interessant ist ferner das Zusammenvorkommen der Lähmung des Abducens und des Trigeminus nach einer Schädelverletzung. Im ersten Falle, wo der Sitz der Läsion in das motor. Centrum der linksseitigen Centralwindung verlegt wurde, ist dasselbe ungleich schwerer zu erklären, als im zweiten, wo eine direkte Läsion der betreffenden Nervenstämme in ihrem basalen Verlaufe gleichzeitig mit einer Verletzung des rechten Felsenbeines angenommen werden muss.

Goldstein (Aachen).

---

295) **Crothers** (Hartford, Conn): Compound cerebral sedative. (Hirnberuhigungs-Mischung.) (The therap. Gazette Nro. 12, Decbr 1883.)

C. empfihlt eine Mischung von Chloralhydrat, Bromkali, Gelsem. und Hyoscyam. (und zwar in kleinen, oft wiederholten Dosen) für alle Fälle nervöser Reizbarkeit, Schlaflosigkeit nach excessivem Alcoholgenuss, neuralgische Beschwerden der Säufer und Opiumesser.

Voigt (Oeynhausen).

---

296) **Allen Starr** (New-York): The visual area in the brain determined by a study of hemianopsia. (Der Sehbezirk im Gehirn und seine Umgrenzung auf Grund einer Studie über Hemianopsie.)
(Separatabdruck aus dem American Journal of the medic. scienc. Januar 1884.)

Verf. stellt aus der (vorzugsweisen deutschen) Literatur 32 zur Autopsie gekommene Fälle von Hemianopsie zusammen, die beweisen dass Munk's Lehre von dem physiologischen Zusammenhange der Hinterhauptslappen mit dem Gesichtssinn (bei Hunden und Affen) auch für den Menschen volle Giltigkeit hat. In einer 1. Gruppe führt er 5 Fälle an, in denen die Hemianopsie ihre Entstehung der Läsion eines thalam. optic. verdankte, in einer 2. diejenigen, in welchen sie durch Läsion der Hinterhauptslappen entstand. In letzterer Beziehung ist daran zu erinnern, dass zwischen der Rinde der Hinterhauptlappen und den corpora genicul. dem pulv. thalam. optic. und den corpor. quadrigem., in welchen Centralganglienmassen die vom Chiasma kommende tract. optic. endigen, eine directe Verbindung besteht (Wernicke, Stilling, Meynert, Huguenin etc). Im Speciellen zieht Verf. aus seinen Fällen folgende Schlüsse:

1. Laterale homonyme Hemianopsie kann entstehen durch die Läsion eines tractus. optic., des pulvin. thalam. optic., des hintern Theils einer innern Kapselhälfte oder ihrer Ausbreitung rückwärts zu den Hinterhauptslappen, der Marksubstanz oder der Rinde der Hinterhauptslappen.

2. *Es ist ziemlich gewiss, dass der Hinterhauptslappen jeder Seite in anatomischer und functioneller Beziehung zu beiden Augen* steht und zwar hängt die gleichnamige Hemisphäre mit den gleichnamigen Seiten beider Netzhäute zusammen.

Dies steht mit Charcot's und Ferrier's betreffenden Ansichten in Widerspruch. Nun hat aber Charcot sein bekanntes Schema der Decussation selbst schon als irrig fallen lassen, und wenn Grasset auf Grund von 4 Sectionen annimmt, dass Läsion einer Hemisphäre (innere Kapsel) Blindheit des entgegengesetzten Auges macht und desshalb das Charcot'sche Schema entsprechend modificirt, so entgegnet Verf., dass jene Fälle den gezogenen Schluss nicht gestatten und dass das Schema künstlich und bei Weitem nicht so einfach und entsprechend sei, als das alte Gräfe'sche. Gegen Ferrier aber, der die Sehcentren in den gyr. angul. und die Hinterhauptslappen verlegt, wendet Verf. ein, dass die am Menschen bisher gefundenen pa-

thologischen Veränderungen gegen den Zusammenhang des gyr. angul. nen dem Gesichtssinn sprechen; wahrscheinlich habe Ferrier bei seimit Thierexperimenten jenen den thalam optic. und lob. occipit. verbindenden Wernicke'schen Faserzug, der unter den gyr. angul. hinziehe, mitgetroffen und so die Störungen des Gesichtssinnes hervorgebracht.

3. Beim Menschen steht *nicht, wie im* Munk'schen *Thierexperiment ein bestimmter Bezirk der Rinde eines Hinterhauptslappens mit einem bestimmten Bezirke der Netzhaut in Zusammenhang*, da Hemianopsie auftritt, mag die Läsion an der Convexität oder der medianen Oberfläche des Lappens ihren Sitz haben.

4. Hemianopsie ist nicht ein allgemeines Symptom irgend welcher Hirnerkrankungen, sondern deutet stets auf eine locale umschriebene Läsion einer Hemisphärenstelle.

5. In diagnostischer Hinsicht stimmt Verf. Mauthner bei, dass es nur in einzelnen Fällen vou Hemianopsie möglich sei, die betreffende Läsion genau zu localisiren: — in denjenigen nämlich, in welchen noch andere Hirnsymptome vorhanden sind, deren veranlassende Läsion wir zu localisiren im Stande sind.

Voigt (Oeynhausen).

---

297) **G. Bordoni-Uffreduzzi:** La fisiologia del sonno.
(Riv. di filosofia scientifica. Anno III.)

Verf. bespricht eingehend die Veränderungen des Gesammtorganismus, sowie speciell die des Gehirnes während des Schlafes, und bringt eine eingehende Darleguug der verschiedenen Theorien, welche über die Natur und Ursache des Schlafes aufgestellt wurden. Dabei kömmt er zu dem Endresultate, dass bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse eine vollkommen befriedigende Erklärung für das Wesen des Schlafes nicht gegeben werden könne.

Obersteiner (Wien).

---

298) **F. Humphries** (Concord, Mo.): Report of cases of cerebrospinal meningitis. (Bericht von Fällen der Cerebrospinalmeningitis.)
(St. Louis medic. and surgic. Journ. März 1884.)

Verf, erzählt kurz 3 Fälle von Cerebrospinalmeningitis, die nichts besonders zu Erwähnendes darbieten; 2 derselben verliefen unter Chinin-Behandlung günstig. Voigt (Oeynhausen).

---

299) **M. Blount** (Farber, Mo.): A case of traumatic tetanus-Recovery. (Ein Fall von traumat. Tetanns — Heilung.) Vortrag vor der St. Louis medic. Societ. vom 19. Jan. 1884. (St. Louis medic. and surg. Journ., März 1884.)

Verf. berichtet einen Fall von traumat. Tetanus, der wenige Stunden nach einer ziemlich unbedeutenden Verletzung (Quetschung

des Fusses) auftrat und durch fortgesetzten Gebrauch von Morph., Chloral und Chloralinhalationen bald geheilt wurde.

Bei der Discussion erzählt

300) **Meissenbach:** A case of tetanus cured by Fowlers solution. (Fall von Tetanus durch Fowl. Sol. geheilt.)

Ein ähnlicher Fall, in welchem der Tetanus in Folge einer einfachen Kratzwunde am Knie entstand (Heilung durch Arsenik, dessen Gebrauch von andern Aerzten als nutzlos bezeichnet wird). In einem andern entstand sofort Heilung, nachdem ein kleiner Sandkörper der die Ursache abgab, entfernt war. Voigt (Oeynhausen).

---

301) **H. Hughes** (St. Louis): The nature and management of megrim or so-called sick headacke. (Die Natur und Behandlung der Migräne.) (St. Louis medic. and surgic. Journal, Febr. 1884.)

H. definirt die Migräne als „den periodischen Protest cerebraler Ueberlastung in dem stark erschöpften, verhältnissmässig jungen Gehirn eines mässig nervösen Menschen". Die Periodicität erklärt er dadurch, dass ein gewisser Grad von Hirnerschöpfung erreicht werden muss, um den Anfall auszulösen. Während desselben ist in therapeutischer Hinsicht Ruhe für das Gehirn und die speciell betroffenen höhern Sinnesorgane nothwendig; zugleich empfelen sich die Bromide. In den Zwischenpausen muss das Nervensystem einer beruhigenden und zugleich kräftigenden Behandlung unterworfen werden (täglich psychische und galvanische Behandlung, monatelang Bromide resp. arsenige Säure, Tonica, guter Schlaf, gute Luft, Sonnenschein, Abhalten von anstrengenden körperlichen und geistigen Arbeiten u. s. w.). — Bei Migräne, die mit Melancholie complicirt ist, warnt Verf. vor dem zu häufigen Gebrauche von Opium und empfiehlt Bromide, warme Baldrianbäder, Senfteige etc. Schliesslich führt Verf. an, dass Leute mit wahrer Migräne selten epileptisch werden. Voigt (Oeynhausen).

---

302) **J. Wiglesworth** (London): Case illustrating cerebral localisation. (Brain, Januar 1884.)

Eine 71 jährige Frau mit Herz- und Nierenaffection zeigte nach zwei hemiplegischen Anfällen motorische Parese des linken Beines und fast völlige motorische Lähmung des linken Armes ohne Facialisbetheiligung. Kniephänomen links gesteigert. Es bestand ferner unvollständige amnestische Aphasie Dies blieb bis zu ihrem Tode unverändert. Das senil atrophische Gehirn wies einen cystenartigen alten Erweichungsherd der hinteren zwei Dritttheile des rechten gyr. fornicat. und der unteren Hälfte des rechten lob. paracentral. auf; die obere Hälfte des letzteren sowie der gyr. supramargin. waren oberflächlich erweicht. Ferner fand sich ein gleicher Herd in der Mitte des lob. temporo-sphenoid, speciell dem oberen Theil des mittleren und dem mittleren Drittel des oberen gyr. temp. W. bringt die

Parese des Beines mit dem erstbeschriebenen, die Aphasie mit dem letzteren Herde in Verbindung, für die gleichzeitige Lähmung des linken Armes findet er keine Erklärung.

Matusch (Dalldorf).

---

303) **H. B. Donkin** (Oxford): Note on a case of Anästhesia. (Brain, Januar 1884.)

Ein 13jähriger Knabe, dessen Vater an epileptischen Krämpfen litt, zeigte nach einem Anfall von Convulsionen scharf abgegrenzte völlige Anästhesie des r. Daumens. Ca. 2 Monate später plötzlich Anästhesie der Unterschenkel bis zu einer Linie $1^1/_2$ Zoll über der Patella. Der Knabe hatte jedoch selbst bei verbundenen Augen sicheren Gang. Gesicht normal, Geruch nach Aussage des Kleinen links und rechts verschieden, Geschmack nur links vorhanden. Der Befund blieb bei wiederholten mit aller Vorsicht angestellten Prüfungen genau der gleiche, später trat noch Anästhesie der Ulnarseite und des kleinen Fingers rechts hinzu. Der eine Pol eines starken faradischen Stromes wurde auf die Wirbelsäule, der andere auf die anästhetische Region eines Schenkels gesetzt; ohne dass eine Schmerzäusserung erfolgte, erst bei Verstärkung fing Pat. an zu schreieu. Am nächsten Tage war die Anästhesie sowie die übrigen Erscheinungen gänzlich verschwunden. D. hält die naheliegende Erklärung durch Annahme von Simulation für unstatthaft, für Hysterie fehlten ebenfalls alle Anhaltspunkte (?), eine plausible Deutung findet er nur in der Annahme, dass ein wirklicher Mangel des *Bewusstseins der Empfindung* („conscions sensibility“) bestanden habe. Er erzählt im Anschlusse hieran einen Fall, der das Gegentheil von dem ersten, eine Steigerung dieses Bewusstseins darstellt. Ein Schlächter, der auf einen Fleischerhaken gestürzt war und frei an dem gespiessten Arme hing, wurde in dem ohnmachtsähnlichen Zustande aufgefunden, der beim höchsten Schmerz einzutreten pflegt. Jede Berührung des Armes verursachte ihm die heftigsten Schmerzen, bis ihm gezeigt wurde, dass der Haken nur den Aermel seines Rockes durchbohrt hatte.

Matusch (Dalldorf).

---

304) **L. Walton** (Boston): Spinal irritation: probable cerebral origin of the symptoms sometimes classed under this head. (Spinalirritation: wahrscheinliche Entstehung des zuweilen unter dies Kapitel gebrachten Symptomencomplexes aus Hirnläsionen.) (Separatabdruck aus dem Boston medic. and surgic. Journ. Decbr. 27. 1883.)

Verf. beweist, dass der Symptomencomplex der Spinalirritation in erster Linie vom Gehirn abhänge und zwar von Functionsstörungen der Hirnrinde. Er führt dafür zum Theil die besten Gründe an, aus denen er in einer früher, schon von uns referirten Arbeit von Railway spine sagt, dass dies eine mehr dem Gehirn eigenthümliche Erkrankung sei. Vor Allem stütz er seine im Ganzen zweifellos richtige Ansicht

darauf, dass theils in der Aetiologie, theils in der Symptomatologie der sogenannten Spinalirritation Gehirnerscheinungen eine grosse Rolle spielen (auch geschlechtl. Erregungen und Impotenz z. B. betreffen ja nicht das Rückenmark allein resp. hängen von ihm ab, sondern stehen auch vor Allem mit dem Gehirn im innigsten Zusammenhange). Zu solchen Gehirnsymptomen gehören aber auch gerade diejenigen Erscheinungen, welche an den Namen „Spinalirritation" die Schuld tragen: die an und neben der Wirbelsäule selbst auftretenden subj. und obj. sensibeln Störungen; denn die Centren der Sensationen liegen nicht im Rückenmark, sondern im Gehirn. Voigt (Oeynhausen).

---

305) **Emanuel Herczel**: Einige seltene Formen der Aphasie. (Aus Charcot's Klinik in Paris.) (Orvosi Hetilap 1883. Nro. 44.)

Die Erkrankung der speciellen Fähigkeit: *mémoire visuelle* ist die *Wortblindheit* (Kussmaul).

Durch Analyse von 16 in der Literatur bekannten Fällen gelangte Charcot zu folgenden Resultaten:

1. Plötzlicher Einfall der Krankheit; im Beginne ist Hemiplegie und motorische Aphasie vorhanden, welche bald verschwinden und isolirt die Wortblindheit zurücklassen.

2. Gesichtsstörungen sind selten; blos Westphal erwähnt Hemianopsie. Ein Patient Charcot's *las schreibend*, da die durch den Gesichtssinn gewonnenen Vorstellungen sehr unsicher waren und nur *durch Handbewegungen controllirt* werden konnten.

3. Auch bei der Therapie ist auf die instinctmässige Bewegung der Finger zu achten. Durch *Leseaufgaben*, die abgeschrieben werden, sollen frühere Gesichtsbilder aufgefrischt und erkannt werden.

4. Bezüglich der Localisation stimmen alle Befunde darin überein, dass der *Lobulus parietalis* stets ergriffen war und dass die Störungen auch auf den *Gyrus angularis und temporalis* sich ausdehnten.

Durch die laterale, homogene Hemianopsie und aus der Erwägung der Symptome ist diese Annahme auch berechtigt.

Bezüglich der Pathogenese ist eine Thrombosirung der Arter. Sylvii wahrscheinlich, wenn nach Herstellung der Circulations-Hindernisse bloss der Temporaltheil des Hirns einen Nutritions-Defekt erleidet. Wenn sich die dadurch gesetzte Veränderung im Nervengewebe auch involvirt, dann ist sogar eine Heilung möglich.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

306) **Ernst Jendrassik** (Budapest): Zur Methode der Untersuchung des Sehnenreflexes. (Orvosi Hetilap 1883. Nro. 46.)

J. bedient sich zu seiner Methode jener Beobachtung, wonach sich die Sehnenreflexe steigern, wenn man mit den Muskeln des Körpers, die nicht Gegenstand der Untersuchung sind, eine grosse Kraft entfaltet. Der Kniereflex steigert sich bei Ausspannung der Arme. Gelingt nun die Auslösung dieses Reflexes nicht genügend, liessen

alle Cautelen im Stich, so lässt J. die Untersuchten an den Tischrand setzen, und während er die Sehnen der möglichst erschlafften Muskeln klopft fordert er die Auseinanderziehung der zusammengeschlungenen Hände mit starker Kraftentfaltung.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

307) **Adamkiewicz:** Neue Rückenmarkstinctionen und ihre Ergebnisse am normalen Gewebe. (Anzeiger d. K. Akad. d. Wiss. in Wien. 1884. Nro. 7.)

Adamkiewicz benützte Safranin und Methylenblau; die weisse Substanz wird durch ersteres orangegelb, durch letzteres blau; das Piagewebe, die Septa und die graue Grundsubstanz dagegen werden durch jenes roth bis violett, durch dieses grün gefärbt.

Man kann auch constatiren, dass bestimmte Partieen der einzelnen Rückenmarksstränge eine ganz besondere Affinität zum Farbstoff haben, daher A. sie chromoleptische Partien nennt. Der Träger des Farbstoffes ist aber nicht der Axencylinder, sondern eine Substanz, welche dem Axencylinder anliegt, und am Querschnitt gewöhnlich eine halbmondförmige Gestalt hat. A. hofft durch seine neue Färbungsmethode nicht bloss die Kenntniss vom normalen Bau der nervösen Centralorgane, sondern besonders auch das Verständniss der Natur gewisser pathologisch-anatomischer Veränderungen zu fördern.

Obersteiner (Wien).

---

308) **Adamkiewicz:** Ergebnisse der Saffraninfärbung am kranken Rückenmarksgewebe. (Anz. d. R. Ac. der Wiss. zu Wien. 3. April 1884.)

Verf. findet bei Tabes, multiple Sclerose, Myelitis und secundärer Degeneration an den Nervenfasern des Rückenmarkes Veränderung und Schwinden der von ihm sogenannten chromoleptischen Substanz, und zwar mitunter z. B. bei der Tabes auf Querschnittsgebieten, welche den bisher üblichen Eintheilungen der Rückenmarksstränge keineswegs mitsprechen.

Als *Sklerose der Vorderstränge* bezeichnet A. eine bisher unbekannte Affection die in doppelter Weise entstehen kann:

1. Bei derjenigen Form der multiplen Sklerose, welche von der grauen Grundsubstanz ausgeht. Es breiten sich dann Wucherungen der grauen Grundsubstanz in die Vorderstränge aus und führen sie zur Sklerose.

2. Es kann Sklerose der Vorderstränge als Folge interstitieller Degeneration entstehen, welche von den Zweigen der Arteria sulci ausgehen.

Obersteiner (Wien).

---

309) **Charpentier:** Variole simple. — Injection sous cutanée d'éther. — Paralysie consécutive du membre inférieur droit. (Paralyse des rechten Beins in Folge von Aetherinjectionen in den Oberschenkel. Neurititis traumatica.) (Union médicale 1884. Nro. 32.)

Der Arbeiter N., 40 Jahre alt, ohne Syphilis und Alkoholismus, erkrankte im März 1883 an Variola mit mässigem Rückenschmerz-

Behandlung mit Aetherinjectionen am rechten Oberschenkel. Die zwei ersten Injectionen ohne Reaction, die dritte, in der Gegend des Ischiadicus applicirt, erzeugte sofort von der Stichstelle unterhalb bis zum Fussende ausstrahlende Schmerzen und Eingeschlafensein des Beins. Fünf Tage Morphium. Als nach einiger Zeit der Schmerz nachliess, konnte Pat. aufstehen, das Bein war dünner, langsam schwächer geworden, wurde blassroth und war kälter, die Planta ohne Schweissbildung. Die Haut des Unterschenkels und Fusses gefühllos, jede Fussmuskelbewegung erloschen. Die genauere Untersuchung ergiebt nur zwei Zonen am Bein mit erhaltenem Tast-, Schmerz-, Wärme- und Kältegefühl. In den übrigen anästhetischen Hautparthieen ist nur die faradische Sensibilität erhalten. Die Motilität nur im Hüftgelenk vorhanden, sonst überall unterhalb fehlend. P. R. und Fussphänomen mangeln, keine Atrophie der Hüft- und Gesässmuskulatur. Die galvanische Untersuchung ergiebt Mangel der Reaction in den musculi extens, communes der Zehen, Entartungsreaction der gastrocnemii und des peroneus brevis. Nach und nach Besserung: Abnahme der Cyanose des Beins und des Oedems an der Achillessehne, Einengung der anästhetischen Zone, Eintritt der Bewegungen. Verf. vergleicht den Fall mit der Lähmung, wie sie nach physiologischer Durchschneidung des Ischiadicus oder Einspritzung von Essigsäure (Vulpian) oder Nicotin (Hayem) in den Ischiadicus eintritt; also Neuritis traumatica.

Rohden (Oeynhausen).

---

310) **G. Amadei e S. Tonnini:** La Paranoia e le sue forme. (Die Verrücktheit und ihre Formen.) (Arch. ital. 1884, fase I. & II., auch Sept.-A. Milano, 1884. 144 S.)

Während die italienischen Psychiater früher vorzugsweise der französischen Schule folgten, wenden sie sich in den letzten Jahren mehr und mehr deutschen Anschauungen zu und so beginnt auch die Lehre von den Monomanien jener der Verrücktheit zu weichen. Die Verf. bekunden nicht nur in der ausführlichen historischen Einleitung ihrer Arbeit eine genaue Kenntniss der einschlägigen deutschen Literatur (sogar die deutschen Autorennamen schreiben sie correct!); sondern schliessen sich auch der Beschreibung vielfach deutschen Arbeiten an.

Das System, das sie aufstellen, ist vielleicht etwas zu sehr complicirt. Sie unterscheiden 2 Hauptformen; I. degenerative, II. psychoneurotische Verrücktheit (psychoneurotisch mehr im Sinne Krafft-Ebing's, als in jenem Schüle's), die degenerative zerfällt wieder in originäre und tardive, die psychoneurotische in primäre und secundäre. Die primäre wird in eine acute oder heilbare und in eine unheilbare Form eingetheilt, die secundäre in eine postmaniacalische und postmelancholische. Jede der angeführten Unterformen wird wieder als einfach, oder hallucinatorisch aufgeführt.

Angabe über Differenzialdiagnose und 9 ausführliche Krankengeschichten beschliessen die recht verdienstliche Arbeit.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

311) **Kind** (Langenhagen): Ueber den Einfluss der Trunksucht auf die Entstehung der Idiotie. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 40. H. 4. 1883.)

Unter 923 Fällen von Idiotie fanden sich 105 (11,38%) bei denen sich Trunksucht der Ascendenten nachweisen lässt, aber nur in 34 (3,68%) Fällen war dies das einzige degenerirende Moment, in allen übrigen traten noch andere, wie abnorme Schwangerschaft, schwere Geburt, akute Krankheit u. s. w. hinzu. Die Trunksucht (einschliesslich der Dipsomanie) kommt somit jedenfalls bei der Entstehung der Idiotie in Betracht, ziffermässige Angaben dieses Einflusses lassen sich aber nicht machen. Kron (Berlin).

---

312) **J. Workman** (Toronto U. S.): Moral Insanity, what is it? (Was ist M. I.?) (The canadian practitioner 1883. H. 1. u. 2.)

Der Aufsatz enthält eine gute Zusammenstellung der Literatur über M. I. W. selbst behauptet, noch keinen derartigen Fall gesehen zu haben und leugnet überhaupt deren Existenz. Er führt als Beweise mehrere Kranke in's Treffen, die ihm als M. I. zugeführt wurden und sich als Gesunde oder als unter andere Formen zu rubricirende Kranke erwiesen. Man wird ihm bezüglich dieser Recht geben, aber wer nennt eine Characteränderung, die das mehrmonatliche Vorstadium einer Melancholie bildet, moralischen Irrsinn?

Matusch (Dalldorf).

---

313) **H. Stanley Davis** (Meriden, Conn.): The classification, training and education of the feeble-minded, imbecile and idiodic. (Classification, Behandlung und Erziehung der Schwach- und Blödsinnigen.)

(New-York 1883 bei Steiger & Cp.)

Nachdem Verf. in obiger hauptsächlich für Eltern und Lehrer geschriebenen Brochüre die Definition des Idiotismus seitens der bedeutensten Autoren angeführt, gibt er eine kurze Geschichte der Erziehungsanstalten für Idioten und bespricht sodann die Erziehung solcher Kranken. Er folgt dabei der von Ireland (On Idiocy and imbecility, London 1877) aufgestellten Klassification, empfiehlt im Uebrigen hauptsächlich regelmässige Uebungen des Körpers und Geistes, Stärkung der Muskelkraft, zweckmässige Erregung und Erziehung der Sinnesorgane, Uebung des Sprechens, zweckmässige Diät, Sorge für Reinlichkeit, Durchkauen der Speisen u. s. w. Die Erfolge dieser Behandlung sind nach Verf. bei den *erblichen* Idioten relativ gut, wenn das Kind activ und lebendig ist, kräftig zugreifen kann, Aussendinge bemerkt, vor dem 6. oder 7. Jahre sprechen lernt. Auch der *microcephale* Idiotismus ist in gewissem Grade besserungsfähig. Ungünstiger stellt sich die Prognose bei der *eclamptischen*, etwas günstiger bei der *epileptischen*, noch günstiger bei der *hydrocephalen* Form und dem *Cretinismus*. Der *paralytische* Idiotismus gibt in geistiger Hinsicht eine bessere Vorhersage, als in körperlicher. In einzelnen Fällen von *traumatischem* Idiotismus bleibt die geistige Schwäche permanent. Die

Prognose des *inflamotorischen* hängt von der Intensität der Entzündung ab, die des *Idiot. mit Verlust zweier oder mehrerer Sinne* von der grössern oder geringern Schwierigkeit, sich solchen Kranken verständlich zu machen. Voigt (Oeynhausen).

---

314) **Charles L. Beevor** (London): On the relation of the „aura" giddiness to epileptic seizures. (Ueber die Beziehung des Aura-Schwindelgefühls zu epileptischen Anfällen.) (Brain, Januar 1884.)

B. hat in 17 Fällen Schwindel als Aura eines epileptischen Anfalles beobachtet; in acht dieser Fälle geben die Kranken an, dass sie und ihre Umgebung sich von *rechts* nach *links* zu drehen schienen, der Anfang begann bei allen auf der linken Seite. In 9 Fällen fühlten die Kranken ein Kreisen von *links* nach *rechts* und bei 5 derselben begann der Krampf auf der rechten Seite.

Matusch (Dalldorf).

---

315) **B. Burr** (Pontiac, Michig.): A case of primary monomania. (Primäre Verrücktheit.) (Separatabdruck aus dem Americ. Journ. of the medic. scienc., Juli 1883.)

Verf. erzählt ausführlich ein Fall primärer Verrücktheit und führt aus, dass sich derselbe fast genau mit den Guiteau'schen decke.

Voigt (Oeynhausen).

III. Aus den Vereinen.

I. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 7. Januar 1884. (Union médicale 1884. Nro. 46.)

316) **Paul Gibier** unterwarf die gegen *Hundswuth* angewendeten Mittel Allium und Pilocarpin einer experimentellen Prüfung. Es wurde bei Ratten und Katzen durch Ueberimpfung an Nervensubstanz eines an Rabies gestorbenen Hundes Hundswuth erzeugt. Alle mit toxischen Dosen von Allium und Pilocarpin vorher und nachher behandelten Thiere erlagen der Hundswuth und ihre Nervensubstanz vermochte eingeimpft wiederum rabies zu erzeugen. G. widerräth die Behandlung wuthkranker Menschen mit den genannten Mitteln.

Sitzung vom 24. März 1884. (Union médicale 1884. Nro. 46.)

317) **Vulpian** bespricht eine Mittheilung von Couty: *Ueber die physiologische Unterscheidung der zwei Klassen von Bewegegungen.* Abweichend von der Gewohnheit die Reflexbewegungen — peripherische Reizung — von den Bewegungen cerebraler Entstehung zu unterscheiden, will C. gestützt auf Erfahrungen bei der Einverleibung von Chloral, Strychnin, Curare und Alkohol eine andere Eintheilung einführen. Er bemerkte, dass bei 2 Grm. Chloral, einem Hunde in die

vena saphena gespritzt, alle spontanen Bewegungen, ausser der Athmung, verloren gehen. Bei doppelten, dreifachen und vierfachen Dosen schwinden dann zuerst die Reflexe, dann die Contractionen auf electrische Reizung des ischiadicus, schliesslich die auf Electrisation des Gehirns. Er theilt demnach ein in Willensbewegungen und Reflexe sensoriellen Ursprungs einerseits und andererseits Bewegungen, welche bereits sehr vollkommener anästhesirender Lähmung widerstehen d. i. die einfachen Bewegungen hervorgerufen durch experimentelle Reizung der centripetalen Nerven und des Gehirns. Nach seinen Versuchen verlegt er den Sitz und Mechanismus aller Bewegungen in den Bulbus und die Medulla; auch die Reizungen und Verletzungen der Rinde wirkten wie die peripherischen durch Vermittelung der Medulla. Diese Auffassung Medulla und Bulbus als die einzigen Organe zur Vermittelung der Beziehung zur Aussenwelt zu betrachten liesse die physiologischen und pathologischen Unklarheiten leicht entwirren.

Rohden (Oeynhausen).

II. Societé de chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 5. März 1884. (Union médicale 1884. Nro. 36.)

318) **Pozzi** entfernte einer 45 jährigen Frau eine Ovarialcyste und ein Fibroid links und erzielte dadurch Freiheit von ihren hysterischen Beschwerden: Hysteroepilepsie, Hemianästhesie, Hemiparese und Amaurose des einen Auges. Ausserdem blieben erschöpfende Utrorhagieen weg. Er tritt für die Castration ein. Ferier sah in Folge einer Ovariotomie vorher nicht vorhandene hysteroepileptische Anfälle von bedeutender Heftigkeit entstehen und meint die Entfernung *beider* Ovarien könne die Frage über den Werth der Operation erst näher entscheiden.

Sitzung vom 12. März 1884

319) **Ferrier** vervollständigt die Angaben über seine Patientin. Gestern habe er an ihr eine Operation der Fissura ani wie des Experiments wegen gemacht. Während der Chloroformnarcose und am Tage nach der Operation habe sie einen heftigen Anfall gehabt. Er warnt vor voreiligen Schlüssen, da es Fälle gäbe, wo nach der Ovariotomie hysterische Anfälle geschwunden wären und solche, wo sie neu in die Erscheinung getreten wären. Rohden (Oeynhausen).

III. Académie de médecine zu Paris.

Sitzung von 25. März 1884. (Union médicale 1884. Nro. 45.)

320) **Luys** macht Mittheilung über die *Beweglichkeit und die Lageveränderung des Gehirns* in den *verschiedenen Körperstellungen*, eine Arbeit, die zum Referat ungeeignet und in der vorliegenden Zeitschrift ebenfalls nur im Auszug wiedergegeben, im Original nachzulesen ist.

Rohden (Oeynhausen).

IV. Medical Society zu Chicago.

Sitzung vom 19. Novbr. 1883. (Separatabdruck aus dem Journ. of the American med. Association.)

321) **Oscar C. De Wolf** (Chicago): *Glycosuria, its complications and therapeutics.*

Vort. sagt, dass Glycosurie eine secundäre Complication mancher Erkrankung sei, so namentlich der Neurosen (Hysterie, Ischias, Stat. epileptic, Dem. paral., Delir. trem., Tetanus, Chorea, Hirntumoren u. s. w.) auch entstehe sie durch gewisse Arzneimittel (Amylnitrit, Chloralhydrat, Opium etc.), durch Fieber, durch Lungen- und Herzerkrankungen, Cholera, Schwangerschaft, Abscesse der Brustdrüsen, Gicht, hohes Alter u. s. w.; in allen diesen Fällen beweise die etwa unter der betreffenden Behandlung eingetretene Besserung nichts für den Einfluss der angewandten Mittel auf die Glycosurie, da deren Verminderung und Verschwinden allein von dem Verlaufe der primären Erkrankung abhänge; (doch könne eine solche Glyc. auch einmal permanent werden). Oft seien übrigens die Neurosen nicht Ursache, sondern, jedenfalls in Folge centraler vasomotorischer Störungen, Folge der Gl.; so beobachte man nach ihr z. B. leichte Muskelermüdung, Paralysen (zumal partielle, unvollkommene), plötzlichen Verlust des Bewusstseins, Schwindel, Krämpfe, Anästhesien, (selten vollkommen!) Par- und Hyperästhesien, Rücken- und Kopfschmerz, Neuralgien, Pruritus vagin., Impotenz, ferner Asthma, Verlust des Gehör's, Geschmack's und Geruchs, Augenstörungen der verschiedensten Art in $^{11}/_{12}$ aller Fälle; (zum Theil sind diese vielleicht auch nicht nervösen Ursprunges), geistige Depressionszustände, Trophoneurosen.

Rücksichtlich der Entstehung des coma glycos. führt Verf. die Hypothesen verschiedener Autoren an und sagt, dass nach seiner Ansicht dasselbe durch plötzliche Alterationen des vasomotorischen Nervensystems entstehe, welches in Folge der constitutionellen Erkrankung wenig widerstandsfähig geworden sei. Ferner ewähnt er, dass bei Gl. die verschiedensten Erkrankungen der Lunge (Phthisis, Pneumonie Gangrän etc.) ziemlich häufig seien, gelegentlich auch eine, vorzugsweise die Mitralklappe befallende Endocarditis, zumal bei Frauen und im spätern Verlaufe der Gl. vorkomme, Blasencatarrh sehr oft, ächte Nephritis sehr selten gefunden werde; ebenso verdankten hartnäckige Furunculosis, Carbunkel, diffuse phlegmonöse Prozesse nicht selten der Gl. ihre Entstehung oder gingen ihr auch wohl vorher; dasselbe gelte von gewissen Affectionen des Pancreas. Alle diese Complicationen könnten am besten durch seine Theorie der vasomotorischen Neurose erklärt werden. Betreffs der Therapie stellt er unter andern folgende Sätze auf:

1. Da die eigentliche Glycosurie entweder auf cerebraler Hyperämie oder cerebraler Anämie beruht, auf diese aber Störungen der Digestionsorgane unheilvoll wirken, so handelt es sich um allgemeine diätetische und hygienische Maasregeln, sowie den Gebrauch alcalinischer Wässer, und zugleich im Falle cerebraler Hyperämie um Arsenik, Bromide, Ergotin etc., bei cerebr. Anämie um Opium, Morphium, Chi-

nin, Jodoform, Carbolsäure etc., event. um verschiedene Combinationen derselben.

2. Die Combination der alkalischen Wässer mit den auf's Gehirn wirkenden Mitteln scheint in *allen* Fällen heilkräftig zu sein.

3. Da wahrscheinlich die meisten Fälle von Coma im frühen Stadium nicht toxischer Natur sind, so sind dieselben durch Ableitungen auf den Darm heilbar; letztere sowie auch Herzreizmittel sind in keinem Falle contraindicirt.

4. Kleine Dosen Pilocarpin nützen gegen Trockenheit des Mundes, milde antiseptische Waschungen gegen unangenehme Empfindungen in demselben.

5. Zu starke geistige und körperliche Anstrengungen sind bei temporärer Gl. zu vermeiden, da diese hierdurch leicht permanent wird.

Voigt (Oeynhausen).

V. Medical society of the county of New-York.

Sitzung vom 25. Febr. 1884. (The medic. Record 1. März 1884.)

322) **E. C. Spitzka**: *The paths of coordination. (Die Wege der Coordination)* spricht kurz über den Werth der beiden wichtigsten Untersuchungsmethoden zur Erforschung der Hirnfunctionen und gibt dann die Krankengeschichte eines Pat., der an reiner, rechtsseitiger Ataxie ohne Paralyse, nebst geringer Anästhesie und erheblicher Parästhesie derselben Seite litt. Bei der Section wurde ausser einer schon während des Lebens diagnosticirten Hämorrhagie (Cyste) im pons (die Pyramidenfasern wurden nicht lädirt) eine scharf begrenzte secundäre Degeneration gefunden, die von der Cyste zur sogenannten Meynert'schen sensiblen Decussation ging und das Stratum intermedium (Flechsig's Zwischenolivenlagen) mitbetraf. Da letzteres mit den Kernen der Goll'schen und Burdach'schen Säulen zusammenhängt, so schliesst Verf., dass in ihm der Muskelsinn seine Bahn habe und sich kreuze.

Voigt (Oeynhausen).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Stephansfeld, Assistenzarzt, 900 M., freie Station. 2) Alt-Scherbitz, Volontairarzt, 1200 M., freie Station. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 4) Neustadt W. Pr., Volontairarzt, 600 M., freie Station. 5) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg) i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Gummersbach (Köln), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Besetzte Stelle. Illenau, Assistenzarzt.

Für englische psychiatrisch-neurologische Literatur suchen wir noch einen Referenten.

Redaction.

Redaction: Dr. L. Goldstein in Aachen.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 15. Juni 1884. Nro. 12.

INHALT.

I. Originalien P. J. Möbius: Vertheidigung. Nachtrag zu dem Aufsatz „über Tabes bei Weibern".

II. Original-Vereinsberichte. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

III. Referate und Kritiken. Bergesio e Musso: Beitrag zum Studium der Gehirncirculation. Rey: Gehirngewicht. Wilder: Ueber die Methoden, das Gehirn zu studiren. Hutchinson: Der Stammbaum der Krankheiten. Ross: A Treatise on the Diseases of the Nervous System. Langer: Eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund. Peretti: Ueber die schlafmachende Wirkung des Paraldehyd. Langreuter: Ueber Paraldehyd- und Acetalwirkung bei Geisteskranken. Lambe: Geschichte einer Hellseherin als Beitrag zum Studium der Porencephalie. Seppilli: Worttaubheit. Rousseau: Fall von Aphasie, späterer Geistesstörung und Monoplegie nebst Sectionsbefund. Landouzy et Ballet: Ueber die Bedeutung der hereditären nervösen Prädisposition für die Enttsehung der Tabes. Weber: Syphilis und Tabes. Leszynsky: Behandlung des Schiefhalses mit Atropin sulf. Kinnear: Die Gefahren unpassender oder nicht sorgfältiger Application von Hitze und Kälte auf die Wirbelsäule. Woodcox: Ein Fall von Chorea, der mit Jamaic. dogw. behandelt wurde. Kiernan: Wahnsinn. Bergesio: Das Cotoin bei Darmcatarrhen Geisteskranker. Musso: Unregelmässigkeit der Pupille bei Geisteskranken. Musso: Veränderungen der Pupillenweite bei Epileptikern. Planat: Fall von partieller Epilepsie. Sizaret: Chronische Melancholie mit „délire des négations".

IV. Aus den Vereinen. I. Academy of medicine zu New-York. II. Societé médico-psychologique zu Paris.

V. Neue Literatur. VI. Personalien.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das III. Quartal 1884 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Originalien.

Vertheidigung.

Nachtrag zu dem Aufsatz „über Tabes bei Weibern".

Von Dr. P. J. MÖBIUS.

In der mir heute zugegangenen Nummer 11 des Neurologischen Centralblattes lese ich in einem Berichte über die Sitzung der „Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten" am 12. Mai folgendes:

„Westphal kann nicht umhin, auf einen Aufsatz von Herrn Möbius im „Centralblatt für Nervenheilkunde etc." hinzuweisen, in welchem derselbe 5 Frauen aufführt, die Tabes hatten und vorher syphilitisch gewesen waren; damit wolle Herr Möbius die Erb'sche Auffassung stützen. In der That werde doch aber hiermit ganz und gar nichts bewiesen, denn Westphal könne mit Leichtigkeit 5 und sehr viel mehr Fälle von Tabes bei Frauen anführen, bei denen keine Syphilis vorher ging. Ebensowenig sei eine so einseitige Zusammenstellung der einschlägigen Literatur, wie sie Herr Möbius loc. cit. gebe, bei relativ so geringer eigener Erfahrung, sachlich von irgend welchem Nutzen, vielmehr müsse man sich gegen solche Arbeiten entschieden verwahren."

Wenn dieses Referat richtig ist, so hat Herr Westphal in einer mir unbegreiflichen Weise meine Darlegung missverstanden.

Durch meine 5 Fälle einen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis beweisen zu wollen, ist mir nicht eingefallen. Vielmehr habe ich ausdrücklich erklärt, dass n. m. A. dieser Zusammenhang durch die Statistiken von Fournier und Erb, sowie durch des letzteren Gegenprobe *ein für allemal erwiesen ist.* Weil dieser Beweis schon geliefert ist, habe ich es verschmäht, mein Tabesmaterial statistisch zu verwerthen. Negative Statistiken können jenen gegenüber nichts beweisen, weitere positive würden nur von Nutzen sein, wenn sie auf sehr grosse Zahlen basirt wären.

Den Zusammenhang von Tabes und Syphilis überhaupt aber vorausgesetzt, sind *einzelne genauer beobachtete* Fälle von Tabes gerade bei Weibern von Werth, weil bei Frauen die sonstigen für Tabesursachen geltenden Schädlichkeiten, als Erkältung, Ueberanstrengung, Trauma u. s. w., mit grösserer Sicherheit ausgeschlossen werden können als bei Männern. Ueberdem sind die zeitlichen u. s. w. Beziehungen zwischen beiden Krankheiten nicht an nackten Zahlen, sondern an detaillirten Einzelfällen zu studiren, und gerade von Tabes bei Weibern sind bezügliche Fälle in der Literatur nicht sehr zahlreich und weitverstreut vorhanden. *Deshalb* habe ich meine Fälle veröffentlicht, die mir u. A. den Behauptungen von Lothar Meyer gegenüber interessant zu sein schienen.

Dass Herr Westphal mich gänzlich missverstanden hat, beweist ferner sein Anerbieten, meinen Fällen 5 und mehr Fälle ohne Syphilis gegenüber stellen zu wollen. Ja, wenn Herr W. in 5 Fällen von

Tabes bei Weibern *beweist*, dass keine Syphilis vorausgegangen, will ich sofort meinen Glauben abschwören. Ich habe aber gerade darzuthun gesucht, dass eine negative Anamnese bei Weibern *nichts, rein gar nichts* beweist, dass deshalb Statistiken, welche bei Weibern die sog. negativen Fälle als den positiven gleichwerthig verwenden, *ganz werthlos* sind.

Liegt aber die Sache so, dass negative Fälle bei Weibern nichts beweisen, positive schwerer in's Gewicht fallen als solche bei Männern, bedenkt man ferner, dass Tabes und Syphilis bei nicht prostituirten Weibern etwa 10 mal seltener sind als bei Männern, so wird trotz der Kleinheit der Zahlen die Angabe, welche sich aus der Zusammenfassung der von Erb und mir publicirten Fälle ergiebt, dass unter 18 tabeskranken Frauen 10 sicher, 4 höchst wahrscheinlich syphilitisch waren, bei Freidenkenden ihres Eindruckes nicht verfehlen.

Nebenbei sei bemerkt, dass ich seit Abfassung meiner Arbeit 3 Fälle von Tabes bei Weibern beobachtet habe, 1 war sicher syphilitisch gewesen, 2 waren höchst verdächtig, bei 2 bestand Ophthalmoplegie.

Herr Westphal wirft mir vor, ich habe eine einseitige Zusammenstellung der einschlägigen Literatur l. c. gegeben. *Das ist ungerecht.* Ich habe ausdrücklich auf meine Tabesberichte in den Schmidt'schen Jahrbüchern verwiesen und, wenn Herr W. sich die Mühe geben will, dieselben nachzulesen, wird er in ihnen die Literatur vollständiger als anderswo und unparteiisch zusammengestellt finden.

Herr Westphal will sich gegen solche Arbeiten, wie die meinige, verwahren. Ich bedauere, dass Herr W. so schroff auftritt. Wenn ich von den „Gegnern" in etwas herbem Tone gesprochen habe so habe ich an ihn, der m. W. immer eine gemässigte, mehr abwartende Haltung eingenommen hat, nicht gedacht, sondern an diejenigen, welche im In- und Auslande, oft mit grosser Rücksichtslosigkeit, über Erb's verdienstvolle Untersuchungen kurzer Hand den Stab gebrochen haben.

Gegen die Wahrheit kann man sich wohl eine Zeit lang, aber nicht auf die Dauer „verwahren". Gerade die Zahlen, welche in jener Berliner Gesellschaftssitzung vorgebracht worden sind, zeigen, wie auch in Berlin von Jahr zu Jahr unter den Tabeskranken mehr Syphilitische gefunden werden. Ich denke, die Zeit ist nicht allzu fern, in der auch dort die Procentzahlen denen von Paris, Heidelberg, London, Leipzig u. s. w. gleichen werden.

Dass meine „nutzlose" Arbeit nicht überall so abfällig wie bei Herrn Westphal beurtheilt wird, beweisen mir zahlreiche anerkennende Zuschriften. „Besonders hat mich gefreut, dass Sie die Rolle der Lues in der Aetiologie der Tabes so energisch betonen, die in unbegreiflicher Verblendung noch so vielfach verkannt wird", schreibt u. a. ein süddeutscher College.

Bis jetzt sehe ich keinen Anlass, ein Wort von dem, was ich gesagt habe, zurückzunehmen. Mein Material ist zwar nicht so gross als das des Herrn W. Ich glaube aber nicht, dass die Grösse des Ma-

terials die Richtigkeit der Ansichten verbürgt, sondern bin überzeugt, dass man bei sorgfältiger Benutzung eines kleinen Materials auch richtige Schlüsse ziehen kann, und hoffe zuversichtlich, dass die Mehrzahl der Aerzte die von mir in meiner Arbeit vorgetragenen Ansichten vorurtheilsloser prüfen wird, als es Herr Westphal gethan zu haben scheint.

Leipzig, am 4. Juni 1884.

II. Original-Vereinsberichte.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 23. Mai 1884.

323) **Leidesdorf:** *Ueber psychische Störungen im Kindesalter.*

Leidesdorf hebt hervor, dass, nachdem durch lange Zeit diesem Gegenstande wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, man sich in der neuesten Zeit von Seiten der Irrenärzte und Kinderärzte damit beschäftigt habe. Der Irrenarzt kann bei genauen anamnestischen Erhebungen gar nicht umhin, bei den erwachsenen Geisteskranken bis zu den Angaben über etwaige psychische Abnormitäten oder über Erkrankungen des centralen Nervensystems in der Jugend zurückgehen. Auf diesem Wege werden ihm Thatsachen bekannt, die ihm das Studium der Psychose im Kindesalter erleichtern, welches durch die Beobachtung an Kindern selbst noch wesentlich gefördert wird.

Der Vortragende schliesst bei seinen Betrachtungen die Defekt- und Hemmungszustände des Gehirnes aus, welche Idiotismus und Schwachsinn in ihrem Gefolge haben, und kommt zu dem Schlusse, dass bei solcher Ausschliessung dauernde Geistesstörungen, wie man sie bei Erwachsenen beobachtet, allerdings selten vorkommen, dass es hingegen häufiger als man anzunehmen pflegt, zu Elementen psychischer Störung von transitorischem und rudimentären Charakter kommt. Solche Elemente psychischer Störung sind gewisse Depressions- und Erregungszustände, Angstgefühle, Hallucinationen, Zwangsvorstellungen. Als das Prototyp eines aus Angst und Hallucination zusammengesetzten transitorischen Zustandes betrachtet der Vortragende den Pavor nocturnus der Kinder. Zu gewissen allgemeinen Neurosen gesellen sich psychische Störungen, welche so lange dauern können, als diese Neurosen selbst.

Dies ist der Fall bei der Chorea minor, bei der Epilepsie und Hysterie. Die Hysterie der Kinder tritt gewöhnlich in schweren Formen der Krämpfen, Lähmungen und psychischen Störungen auf. Zu letzteren gehört die ehemals unter dem Namen der Chorea magna beschriebene Form der Hysterie, welche entweder mit hallucinatorischen Delirien einhergeht oder mit dem Hang der Simulation, des Vortäuschens von Erscheinungen in der Absicht, die Umgebung in

Angst und Bestürzung zu versetzen und sich zum Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu machen.

Diese Darlegung wird durch zwei Krankengeschichten erläutert.

Zum Schlusse theilt der Vortragende einen auf seiner Klinik von ihm beobachteten, genau konstatirten Fall von Paralysis progressiva der Irren bei einem früher geistig gut entwickelten 14jährigen Mädchen mit, welches alle Erscheinungen dieser Krankheit darbot und an Marasmus zu Grunde ging. Die Autopsie ergab den charakteristischen Befund der Hirnatrophie, Verdickung der Hirnhäute mit theilweiser Verwachsung mit der Hirnrindenoberfläche; Substanz des Gehirns zähe. Die mikroskopische Untersuchung ergab viel degenerirte Ganglienzellen, neugebildete Spinnenzellen im engsten Anschluss an die Gefässwandungen. Im Rückenmark zahlreiche Körnchenzellen.

In der hierauf folgenden Diskussion über den von Prof. Mauthner in der Sitzung vom 9. Mai gehaltenen Vortrag ergreift das Wort

324) Prof. **Obersteiner** um einige anatomische Bemerkungen zu machen. Zwischen die kortikale und nucleare Ophthalmoplegie wäre noch eine Form einzuschieben, welche dadurch entsteht, dass die von der Hirnrinde zum Nervenkerne führenden (wahrscheinlich durchwegs gekreuzten) Bahnen in ihrem Verlaufe durch einen krankhaften Prozess zerstört werden. Mit Rücksicht auf diese Form der Augenmuskellähmung ist die klinische Kasuistik übrigens sehr arm.

Ueber den anatomischen Ursprung der Augenmuskelnerven wäre noch Folgendes zu erwähnen: Nach den Untersuchungen von Gudden entspringt jeder N. oculomotorius aus dem Kerne derselben Seite, sowie aus dem der anderen; dem entsprechend lässt sich jeder Oculomotoriuskern in zwei gesonderte Theile zerlegen, eine Thatsache, die jedenfalls auch klinische Bedeutung gewinnen kann. Der N. trochlearis kreuzt sich im Velum medullare anter. Schnittpräparate erweisen dies auf's Deutlichste. An neugeborenen Hunden sieht man mit freiem Auge den markweisen N trochlearis sich mit dem der andern Seite kreuzen und dann zu seinem Kern ziehen; endlich hat v. Gudden nach Durchschneidung eines N. trochlearis Atrophie des kontralateralen Trochleariskernes gefunden. Stilling will auch einige ungekreuzte Trochlearisfasern gesehen, sie aber nicht weiterhin in's Kleinhirn verfolgt haben.

Prof. Mauthner bemerkt (gegen Prof. Obersteiner), es sei vollkommen richtig, dass die Läsion der Faserung zwischen Cortex und Nucleus in Betracht gezogen werden müsse, dass er allerdings hierüber, sowie über viele andere Punkte in seinem Vortrage nicht sprechen konnte, dass dies jedoch in die aufgestellte Rubrik der Fascicular-Lähmung gehöre.

Was die anatomischen Beweise für die Totalkreuzung der Trochleares anlangt, so könne Derjenige, den die Frage des Chiasmabaues viel beschäftigt, keineswegs in den scheinbaren Kreuzungsbildern einen vollständigen Nachweis sehen. Auch gebe es Anatomen, welche

für die Kreuzung und solche, wie Henle, die eher für eine Partialkreuzung der Trochleares sprechen.

Den Experimentaluntersuchungen über Kreuzung der Trochleares und Oculomotorii beim Kaninchen habe v. Gudden eigentlich dadurch den wahren Werth genommen, dass er bei analoger Methode 1874 den Beweis für die Vollständigkeit der Kreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma des Kaninchens erbracht, „wie er vollgiltiger und zwingender nicht gedacht werden kann", und doch von Gudden selbst es war, der 1879 die Existenz des ungekreuzten Bündels beim Kaninchen nachwies. Es sei erwähnt, dass Michel aus den auf Grund der v. Gudden'schen Experimente gewonnenen Präparaten vom Hunde das Gegentheil erschloss, wie v. Gudden, und dass Redner schon früher (Gehirn und Auge, p. 434) sich gegen die von v. Gudden'sche Experimentalmethode aussprach. Das Wichtigste jedoch sei, dass die Augenbewegungen beim Menschen von jenen des Kaninchens total verschieden seien, und dass *eine* gute klinische Beobachtung am Menschen mehr Werth besitze, als alle Experimentaluntersuchungen am Kaninchen. Die Frage sei nicht einseitig zu lösen. M. glaube an der Behandlung der Frage von der Kreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma und der Endigung der Sehnervenfasern im Gehirn gezeigt zu haben, wie solche Fragen überhaupt in Angriff zu nehmen und einer gedeihlichen Lösung zuzuführen seien.

Prof. Benedikt gratulirt vor Allem Prof. Mauthner zu der Meisterschaft, mit der er eine komplizirte biologische Gleichung geordnet und gelöst hat. B. stimmt mit M. überein, dass der Werth der üblichen Faserungslehren nicht hoch anzuschlagen sei; ihre Entstehung beruhe zumeist auf blossen Eindrücken, geometrischen und physiologischen Kombinationen. So betont der Vortragende, dass auch die Kreuzung der Trochlearisfasern noch nicht als vollständig anatomisch erwiesen zu betrachten sei. B. bespricht sodann die Bedeutung der Augenmuskellähmungen bei kortikalen Reizprozessen, und betont, dass diese Lähmungen wohl in den meisten Fällen durch sekundäre, trophische Störungen in den Kernen zu Stande kämen, woraus sich Analogien zwischen vielen nuclearen und kortikalen Lähmungen ergeben.

Der Vortragende warnt neuerdings, ohne direkten Beweis den Druck als Ursache der Fernwirkung heranzuziehen. Druck sei nur dann als pathologische Ursache anzunehmen, wenn die Elastizitäts-Verhältnisse derartige seien, dass an gewissen Stellen nothwendiger Weise ein Druck entstehen muss. Schliesslich remonstrirt B. dagegen, dass M. den Neuropathologen vorwerfe, sie hätten kein Lokalisations-Schema entworfen. B. habe ein solches angegeben, und zwar in demselben Sinne wie M.

Gegenüber den Ausführungen Prof. Benedikt's hebt Prof. Mauthner hervor, dass er die von Benedikt in seinem Buche niedergelegten Anschauungen genau kenne und auch würdige; doch sei in Benedikt's Werken die scharfe diagnostische Trennung zwischen basilarer und nuclearer Lähmung noch nicht vorgenommen; die

Zeichen der Nuclearlähmung seien nicht hervorgehoben und gerade jene Fälle für welche Benedikt (Elektrotherapie, pag. 218, 219, 250) chronische basiläre Meningitis supponire, gehören zumeist der Nuclearlähmung an.

325) **Hock:** *Beiderseitige Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln.*

Der vorgestellte 40jährige Kranke hatte in seinem 14. Lebensjahre eine Nekrose des Unterkiefers überstanden. Seitdem war er stets gesund. Als derselbe (vor etwa 4 Wochen) eines Morgens erwachte waren die Oberlider über dem Augapfel herabgesunken, ausserdem sah er Alles doppelt. Die Untersuchung ergab: Beiderseitige Ptosis. Lähmung aller äusseren Augenmuskeln; nicht gelähmt waren die inneren Augenmuskeln. In der letzten Zeit besserte sich der Zustand insoferne, als die beiden recti interni, der linksseitige M. trochlearis und der Levator palpebrae sup. wieder grössere Beweglichkeit zeigten.

Mit Rücksicht auf die vorausgegangene Knochenerkrankung und den Umstand, dass die Lähmung so plötzlich entstanden ist, ist der Vortragende der Meinung, dass es sich um eine basiläre Lähmung handle, wenngleich die Erscheinungen einer Pachymeningitis basilaris fehlten. Die Thatsache, dass die inneren Augenmuskeln von der Lähmung frei geblieben sind, könnte man dadurch erklären, dass die in Bezug auf den Sehakt hervorragendsten Theile des Oculomotorius in der Axe dieses Nerven liegen, und dadurch gegen Schädlichkeiten welche diesen Nervenstamm treffen, am meisten geschützt sind. So wäre es möglich, dass eine Oculomotoriuslähmung vorhanden ist, ohne dass der Pupillenverengerer und der Akkomodationsmuskel daran betheiligt sind, und desshalb wäre es auch nicht nothwendig, in jedem Falle in welchem die erwähnten Verhältnisse vorliegen, die Diagnose einer nuclearen Lähmung machen zu müssen.

Prof. Mauthner entgegnet, dass der vorgestellte Fall sicherlich eine Nuclearlähmung sei, da gerade der gänzliche Mangel von Hirnerscheinungen, der Mangel jeglichen spontanen Kopfschmerzes, die Unempfindlichkeit beim Anschlagen des Schädels, vor Allem aber das gänzliche Freibleiben der inneren Augenmuskulatur bei totaler Lähmung der äusseren Augenmuskeln nach Mauthner's Ansicht jede andere Ursache ausschliessen. E.

III. Referate und Kritiken.

326) **Bart. Bergesio** e **Gius. Musso** (Torino): Contribuzione allo studio della circulatione cerebrale. (Beitrag zum Studium der Gehirncirculation.) (Mittheil. aus dem Instituto psichiatr. di Torino 1884.)

Ein Individuum, welches einen Knochendefect in der linken Temporalgegend von circa 4 Ctm. Durchmesser besitzt, bot ein passendes

Object zu Untersuchungen über Druckschwankungen in der Schädelhöhle dar, wobei die Verfasser sich der Methode von Mosso (vergl. diese Zeitschr. 1880. pag. 459) bedienten.

Es wurden hauptsächlich 2 Fragen gestellt:

1. In welcher Weise unterscheidet sich die Form des Gehirnpulses während des Wachens von dem während des physiologischen Schlafes?

2. Welche Veränderungen erfährt der Gehirnpuls unter dem Einflusse von Alcohol, Morphin und Paraldehyd, wenn dieselben in schlaferregenden Quantitäten verabreicht wurden.

Es ergab sich da zunächst, dass sich für den wachen Zustand keine bestimmte, constante Form der Pulscurve findet, und dass dasselbe im Allgemeinen auch für den Schlaf, in Folge der oben genannten Mittel gilt. Beim physiologischen Schlaf sinkt der intracranielle Druck, die einzelnen Pulsationen werden niederer, anakrotisch, was einer geringeren Spannung der Gefässwände entspricht. Der Paraldehydschlaf hat grosse Aehnlichkeit mit dem physiologischen; auch hier nimmt das Gehirnvolumen ab, und sinkt der Druck unter welchem das Blut in diesem Organe circulirt; beim Schlafe in Folge von Alcohol oder Morphin hingegen besteht intracranielle Hyperämie. Da aber in beiden verschiedenen Fällen der Effect (die Erzeugung von Schlaf) der gleiche ist, so glauben die Autoren annehmen zu dürfen, dass die hypnogene Wirkung der genannten Substanzen nicht in einer durch sie erzeugten Congestion oder Anämie des Gehirnes, und eben sowenig in der Steigerung oder Verminderung des Druckes besteht, unter welchem das Blut die Gefässe des Gehirnes durchströmt, sondern dass diese schlafmachende Wirkung viel eher auf eine feinere (etwa chemische) Veränderung in den Zellen der Grosshirnrinde zurückzuführen sein wird. — Dem verschiedenen Blutgehalt des Gehirnes während des Schlafes, resp. dem wechselnden Blutdruck kommt demnach nur die Bedeutung einer an sich unnöthigen Begleiterscheinung zu. Obersteiner (Wien).

---

327) **Ph. Rey** (Ville-Évrard): Le poids du cervelet, du bulbe, de la protuberance et des hémisphères. (Gehirngewicht.) (Revue d'Anthropologie 1884. 2.)

Eine tabellarische Znsammenstellung der von Broca vorgenommenen Gehirnwägungen, (292 männl. 140 weibl., 432 im Ganzen) welche mit vielem Fleisse ausgearbeitet ist. — Verf. enthält sich fast jeder Schlussfolgerung, und legt nur die Zahlen einfach, wie sie sich ergaben, vor. Obersteiner (Wien).

---

328) **Burt G. Wilder:** On the methods of studying the brain. (Ueber die Methoden, das Gehirn zu studiren.) (The medic. Rec. 1884. Nro. 8, 9, 10 etc.)

Verf. bespricht die besten Methoden der Herausnahme, Conservirung und Untersuchung des Gehirns von Thieren und Menschen in

ziemlich ausführlicher Weise. Er macht dabei nicht nur viele sich auf die Anatomie des Hirns beziehende Angaben und Bemerkungen, sondern gibt auch eine Menge practischer Vorschriften, so dass ein eingehenderes Studium der Arbeit sich jedem empfiehlt, der sich mit den Erkrankungen des Gehirns des Nähern beschäftigt.

Voigt (Oeynhausen).

---

329) **Jonathan Hutchinson** (London): The Pedigree of Disease. (Der Stammbaum der Krankheiten.) Lectiones on Temperament, Idiosyncrasy and diathesis. (London 1884. pg. 142. Preis 3½ Mark.)

Jonathan Hutchinson, der Verfasser des vorliegenden Buches über einen in der Medicin unserer Tage nur zu häufig vernachlässigten Gegenstand, ist einer der wahrhaft philosophischen Chirurgen, welche mit einer ausserordentlich genauen Detail-Kenntniss der verschiedenen Branchen der Medicin, den grossen allgememeinen Blick über den Zusammenhang aller Zweige nicht nur der medicinischen sondern auch der verwandten Wissenschaften verbindet. Forschungen über Temperament, Idiosynkrasie und Diathese, welche nicht auf Specialkenntnissen beruhen, waren in der sog. naturphilosophischen Periode der Medicin gäng und gäbe; und wie wenig ist davon übrig geblieben, das wirklich dem Zahne der Zeit Widerstand geleistet hat! Es waren dies eben mehr allgemeine Speculationen, welche zum grössten Theil am grünen Tisch ersonnen waren, und denen eine breite Basis von Thatsachen mehr oder weniger vollständig abging. Im absoluten Gegensatze hierzu gibt Hutchinson uns nur Thatsachen, welche von ihm selbst am Krankenbett beobachtet sind, und aus welchen er mit grosser Vorsicht gewisse allgemeine Schlüsse zieht, welche sich somit ganz und gar auf eine Anzahl individueller Beobachtungen stützen.

Hutchinson ist einer der fleissigsten und originellsten Forscher in der heutigen englischen Medicin. Sein Wissen in allen Theilen ist wahrhaft encyklopädisch, und stützt sich hauptsächlich auf eigene Beobachtungen im Krankenhause und am Secirtisch. Eine lange Reihe von Jahren brachte er fast ausschliesslich in drei grossen Hospitälern zu, an denen er als Chirurg wirkte, nämlich dem London Hospital, dem Moorfields Hospital für Augenkrankheiten, und dem Hospital für Hautkrankheiten in Blackfriars. Seine Gelegenheiten hat er dort so gut benutzt, dass er nicht nur als allgemeiner operirender Chirurg, sondern auch als Specialist für Augenkrankheiten, Hautkrankheiten und Syphilis des grössten Rufes geniesst. Seine Arbeiten über die Charaktere der vererbten Syphilis, über die innere und äussere Ophthalmoplegie, über die Verhältnisse zwischen Syphilis und Impfung u. s. w. sind allgemein als bahnbrechend bekannt. In dem vorliegenden Buche findet man eine Reihe interessanter Beobachtungen und Reflexionen über den Einfluss und die Charakterzüge der Temperamente, Idiosynkrasieen und Diathesen, woraus sich nur schwer ein Auszug geben liesse, welche wir aber allen unseren Lesern bestens zur Lektüre empfohlen haben wollen.

Althaus (London).

---

230) **James Ross** (London): A Treatise on the Diseases of the Nervous System. (London 1884. Zwei Bände. pp. 1023 u. 1047. Preis 52 M.)

Wir haben die erste Auflage des umfangreichen Werkes von James Ross über Nervenkrankheiten vor einiger Zeit so ausführlich in diesen Blättern besprochen, dass wir jetzt nur unsere Befriedigung darüber auszudrücken haben, dass eine zweite Auflage dieses mit grossem Fleiss und offenbarer Liebe zum Gegenstande geschriebenen Buches so schnell nach dem Erscheinen der ersten nöthig geworden ist. Bei einem Werke, dessen Preis nicht gering ist, und welches sich doch hauptsächlich an einen speciellen Leserkreis richtet, will dies viel sagen, zumal in England, wo die Aerzte im Ganzen wenig geneigt sind, Bücher zu kaufen, welche sie leicht irgendwo leihen können.

Der Hauptunterschied der zweiten Auflage von der ersten besteht darin, dass in der jetzt vorliegenden die Literatur des Gegenstandes aufs Genaueste und Ausführlichste angegeben ist. Dadurch wird das Buch natürlich viel werthvoller, da es das Selbststudium bestimmter Kapitel auf diese Weise ausserordentlich erleichtert. Ausserdem sind jedoch alle neuen Thatsachen, welche seit dem Erscheinen der ersten Auflage in der Neurologie an's Licht gefördert sind, dem Werke einverleibt worden, welches somit auf der Höhe des gegenwärtigen Standpunktes der Wissenschaft stehen bleibt. Das Buch ist für jeden Neurologen unentbehrlich, da es jetzt das einzige ist, welches eine wirklich vollständige Uebersicht unserer jetzigen Kenntnisse in dieser Disciplin gibt. Der Fleiss, mit welchem das Material zusammengetragen ist, könnte ein wahrhaft *deutscher* genannt werden, da Engländer gewöhnlich nicht so fleissig arbeiten. Der scheinbare Widerspruch erklärt sich jedoch dadurch, dass Dr. Ross ein Schotte ist, der seine akademische Bildung auf der Universität Aberdeen erhielt.

Althaus (London).

---

331) **Langer** (Wien): Eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund. (Wiener Med. Presse, 22. 1884.)

Vor Kurzem hat Westphal unter vorstehendem Titel zwei Krankheitsfälle beschrieben (Archiv für Psychiatrie, Bd. XV), welche im Wesentlichen unter dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration verliefen, ohne dass sich bei der Nekroskopie im centralen Nervensystem die entsprechenden anatomischen Veränderungen vorfanden. Westphal schliesst daraus auf das Vorkommen einer allgemeinen Neurose, welche man als Pseudosklerose bezeichnen könnte, und welche ihrem Verlaufe nach von dem am häufigsten vorkommenden Symptomenkomplex der multiplen cerebrospinalen grauen Degeneration nicht unterschieden werden kann.

Es ist nun eine bekannte Thatsache, dass manchen, und zwar sehr schweren Neurosen, anführungsweise in einzelnen Fällen von Epilepsie u. dgl., welche schliesslich zum Tode führen, Veränderun-

gen im Nervensystem zu Grunde liegen, die sich weder makro- noch mikroskopisch nachweisen lassen. Auffallender wird schon der Umstand, wenn sich ein Krankheitsbild oder überhaupt ein Symptomenkomplex bei einem Kranken entrollt, welchem erfahrungsgemäss gewöhnlich bestimmte anatomische Veränderungen zu Grunde liegen, und es finden sich schliesslich weder die sonst gewöhnlichen Veränderungen, noch überhaupt irgend etwas, das die charakteristischen Erscheinungen zu erklären vermöchte.

Ein derart scharf umgrenztes und in seinen einzelnen verschiedenen Symptomen, sowie seiner Anatomie zuerst von Charcot genau beschriebenes Krankheitsbild ist die multiple Cerebrospinaldegegeneration. Da diese Erkrankung im Ganzen selten vorkommt und die von Charcot aufgestellte Pathologie derselben von vielen Seiten Einspruch erfahren hat, halte ich einen Beitrag zu ihrer Kasuistik nicht für überflüssig und theile im Nachstehenden eine einschlägige Beobachtung mit. Es ist dieselbe namentlich desshalb bemerkenswerth, da sie in Uebereinstimmung mit den zwei Fällen Westphal's den Beweis liefert, dass es thatsächlich noch andere, bisher anatomisch noch nicht genauer definirte Erkrankungsformen des Centralnervensystems gebe, welche unter der Erscheinungsweise der multiplen grauen Degeneration verlaufen.

F. H., 51 J. alt, in das Spital aufgenommen am 7. März 1883. Der Beginn seiner Erkrankung datirt, wie aus den sehr fragmentaren Angaben des Kranken zu entnehmen war, auf beiläufig zwei Jahre zurück, während welcher Zeit er häufig an Kopfschmerz und Schwindelanfällen litt. Dazu gesellte sich Schwäche und Zittern der Beine, namentlich des linken, und Sehstörungen.

Ueber anderweitige überstande Erkrankungen macht Patient keine genauen Angaben, leugnet aber bestimmt, Syphilis überstanden zu haben; auch eine Verletzung des Kopfes oder sonstige schwere Verletzung soll er nie erlitten haben. Vier Tage vor seiner Aufnahme in das Spital stürzte Pat. angeblich unter Krämpfen zusammen, ohne dabei aber vollständig das Bewusstsein zu verlieren. Wie lange dieser Anfall dauerte, ist nicht zu ermitteln. Seither kann der Kranke nicht schlucken und erbricht öfters.

Pat. ist gross und kräftig gebaut, seine Muskulatur jedoch nur mässig entwickelt und schlaff; das Sensorium frei, psychisch alterirt, Unruhe. Es besteht keine eigentliche Sprachstörung, die Worte werden aber hastig hervorgestossen, die Stimme ist heisser und monoton.

Bei jedesmaligem Versuche zu schlucken, geräth der Kranke in einen Zustand, welcher viel Aehnlichkeit mit einem hydrophoben Anfall hat. Sowohl Flüssigkeit als feste Speisen werden sofort unter Schlingkrämpfen regurgitirt und ausgespien, dabei kommt Pat. in grosse Aufregung und wird dispnoisch; nach einigen Minuten verlieren sich diese Erscheinungen wieder. Im Pharynx ist objectiv, ausser dass die Uvula nach links steht, nichts Abnormes nachweisbar und passiren die dicksten Schlundsonden anstandslos den Oesophagus.

Die Beweglichkeit des Kopfes ist frei, der Blick stier. Am

rechten Auge besteht leichte Ptosis, die rechte Pupille ist etwas enger und reagirt träge, Nystagmus; die Bulbi können nach allen Richtungen rasch und frei bewegt werden, die linke Nasolabialfalte abgeflacht und steiler als die rechte.

Der Druck der rechten Hand ist auffallend schwächer als der der linken, beide Hände und Beine gerathen bei jeder intensiven Bewegung in Zittern; das Zittern hört bei Ruhelage auf. Der Gang ist mühsam, schleppend, die Knie gebeugt, der rechte Fuss wird nachgezogen. Die Reflexe am rechten Bein sind beträchtlich gesteigert und die Tastempfindlichkeit am rechten Beine scheinbar eine bessere als am linken. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt der Kranke mit der Tendenz nach rückwärts zu fallen.

Die Untersuchung des Thorax ergibt geringes Emphysem, sonst normale Verhältnisse. Am Rücken, an der Hinterseite beider Oberschenkel und des rechten Oberarmes finden sich mehrere, bis handtellergrosse, flache, glatte Hautnarben, wie sie z. B. nach Verbrühungen zu entstehen pflegen; über die Ursache derselben weiss der Kranke jedoch keine Auskunft zu geben. Der Harn ist hochgestellt, frei von Eiweiss. Temp. und Puls normal.

Pat. befand sich durch neun Tage in Beobachtung, während welcher Zeit der Zustand keine wesentlichen Aenderungen zeigte. Die Schlingbeschwerden und Schlingkrämpfe liessen in ihrer Heftigkeit zwar etwas nach, bestanden aber dennoch ununterbrochen fort, so dass dem Pat., welcher bei gutem Appetit war, flüssige Nahrungsmittel mit dem Schlundrohre eingegossen werden mussten. Bisweilen heftiger Kopfschmerz und Schwindelanfälle.

Der Kranke ist ausserordentlich reizbar und kommt wegen der geringfügigsten Anlässe in grosse Aufregung. Eines Tages klagte er über Doppelsehen und Flimmern vor den Augen. Augenspiegelbefund negativ. Am 15. März tritt ein Anfall von allgemeinen klonischen Krämpfen mit Verlust des Bewusstseins ein, welcher einige Minnten dauerte. Pat. kommt hierauf nicht mehr zu Bewusstsein und stirbt einige Stunden nach dem Krampfanfall.

Sektionsbefund: Weiche Schädeldecken blass, harte Hirnhaut mässig gespannt; in dem Sinus viel dunkelrothes, lockergeronnenes und flüssiges Blut. Die Meningen zart, leicht abstreifbar. Die Hirnwindungen gut entwickelt, breit, keine Spur einer Atrophie; Hirnsubstanz ziemlich derb, blutreich, die Ventrikel von gewöhnlicher Weite. Auch bei der makro- und mikroskopischen Untersuchung der Hirnschenkel, Pons und des ganzen Rückenmarkes sind nicht die geringsten pathologischen Veränderungen nachweisbar. Die Hirnarterien und Venen sind zartwandig, elastisch und überhaupt von normaler Beschaffenheit.

Beide Lungen stellenweise angewachsen; in der Gegend des rechten Unterlappens frische fibrinöse Pleuritis, der betreffende Lungenlappen etwas verdichtet und hyperämisch. Herz gross, stark mit Fett bewachsen; Herzfleisch blass, matsch; Leber vergrössert, blutreich, ebenso die Nieren; chronischer Milztumor. Magen kontrahirt, seine Schleimhaut aufgelockert, stark gewulstet, im Fundus des Magens

mehrere kleine hämorrhagische Erosionen. Im Pharynx, Larynx und Oesophagus nichts Abnormes.

Ein zweiter ähnlicher Fall betraf ein 39 Jahre altes Weib. Leider war die Beobachtungsdauer dieses Falles auf wenige Tage beschränkt nnd war es nicht möglich, detaillirtere anamnestische Daten zu erhalten.

K. B., Hebamme, 39 J. alt, in das Spital aufgenommen am 6. Juni 1883. Pat. soll angeblich seit mehreren Jahren an verschiedenen nervösen Beschwerden leiden, Kopfschmerz, Schwindel, bisweilen hochgradige Schwäche und Zittern in den Beinen. Ziemlich häufig soll sie Krampfanfälle bekommen haben. Seit drei Monaten bettlägerig; zunehmende Schwäche in den oberen und besonders in den unteren Extremitäten, Sprachstörung.

Die Kranke ist sehr gut genährt. Temperatur und Puls normal. Die Untersuchung der Thorax- und Abdominalorgane ergibt objectiv normale Verhältnisse. Im Gesicht keine Innervationsstörung. Skandirende, undeutliche Sprache; Antworten unzusammenhängend. In der Stamm- und Extremitätenmuskulatur treten öfters Zuckungen auf und macht die Kranke, wenn sie mit den Händen nach irgend etwas greift, unkoordinirte Bewegungen mit den Fingern, besonders der linken Hand. Parese der untern Extremitäten; beim Versuche die Beine zu heben oder ein Knie zu beugen, treten starke Muskelzuckungen auf. Harn- und Stuhlentleerung gehen normal von Statten. Am 10. Juni stirbt die Kranke, ohne dass früher irgend welche auffallende Veränderungen ihres Befindens zu bemerken waren.

Auch in diesem Falle waren trotz der genauesten Untersuchung bei der Sektion keine Sklerosirungen oder sonstigen Veränderungen im Centralnervensystem zu finden. E.

---

332) **Jos. Peretti** (Andernach): Ueber die schlafmachende Wirkung des Paraldehyd. Vortrag, gehalten auf der Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 16. Juni 1883. (Berl. kl. W. 1883. p. 609.)

Verf. hat als einer der Ersten die Paraldehydwirkung an 36 Personen, 34 Geisteskranken und 4 Gesunden untersucht. Es wurden meistens Dosen von *3—6 gr.* verabreicht. Die Wirkung war eine *durchaus unschädliche.* Das beobachtete geringe Dicrot-werden des Pulses, kommt nicht in Betracht. Verdauungsorgane wurden nicht gestört, im Gegentheil schien sich häufig der Appetit zu heben. Die *schlafmachende Wirkung* war eine ausserordentlich corecte, besonders Abends und in den ersten Tagen der Verabreichung, doch war — wenigstens bei erregten Geisteskranken — eine rasche *Gewöhnung* nicht zu verkennen. Letzteres hält Verf. für den Hauptnachtheil des Paraldehyds. Eine *therapeutische Eigenschaft* käme dem Mittel insofern zu, als es bei leichten Depressionszuständen die Heilung unterstützen könne. Langreuter (Dalldorf).

---

333) **G. Langreuter** (Dalldorf): Ueber Paraldehyd- und Acetalwirkung bei Geisteskranken. (Vortrag gehalten in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 9. Juli 1883.) (Arch. f. Psych. und Nervenkr. XV. 1. p. 1)

Ein Referat der Arbeit findet sich bereits im 6. Bd. p. 357 d. Cenralbl. — Verf. ersucht uns um folgende weitere Mittheilungen: „Das *Paraldehyd* ist in der Dalldorfer Irrenanstalt in *beständigem Gebrauch* geblieben, und kann ich dasselbe um so mehr empfehlen, je kritischer ich an die ersten Versuche ging. Es wurden die Präparate von Kahlbaum und Schering in Berlin von gleicher Güte befunden. Der Engros-Preis ist auf 25 Rm. pro Kilo zurückgegangen. Von den verschiedenen Darreichungsweisen haben wir wenigstens für die Anstaltspraxis diejenige mit Olivenöl als die bequemste beibehalten. Kleine Unbequemlichkeiten bestehen darin, dass das Mittel in dieser Form seine leichte Brennbarkeit beibehält, sowie in dem Umstande, dass die ölige Mischung hin und wieder bei besonders empfindlichen Personen Diarrhoe hervorgerufen hat. In der Privatpraxis wird man vielleicht eine wässerige Lösung (1 : 10) oder eine Emulsion mit Gummi arab. vorziehen; doch ist der widrige Geruch nie ganz zu verdecken, und wird man gut thun, die Patienten vorher darauf aufmerksam zu machen. — An der Dosis 4—6 Grm. haben wir festgehalten, und kann eine solche ziemlich rücksichtslos verabreicht werden. Nie ist selbst bei ganz decrepiden Personen die geringste bedrohliche Erscheinung beobachtet worden. Kindern (aufgeregten Idioten) wurden bis 6 J. 2—3 Grm. gegeben. In der *Unschädlichkeit* und in dem Umstande, dass *Folgeerscheinungen fast gleich Null* sind, liegt einer der Hauptvortheile des Mittels. Gleich nach dem Einnehmen führt eine behagliche Gedankenfaulheit in den Schlaf über, wie dies besonders nervöse Personen (mit Neigung zum Grübeln vor dem Einschlafen) rühmen. Phantasmen, Ideenjagd etc. sind nicht vorhanden. Die Zustände bei denen nach meiner Erfahrung das Paraldehyd seine sicherste Wirksamkeit ausübt, sind: *Nervöse Schlaflosigkeit*, *Erregungsstadien während der Paralyse und epileptische Angst- und Dämmerzustände.* Für letztere kann man das Mittel fast als Specificum bezeichnen. Bei jüngeren Individuen wirkt es (im Falle Schlaf eintritt) häufig unterbrechend auf eine Reihe epilept. Anfälle, bei älteren Personen in dieser Beziehung nicht. Wenn man das Paraldehyd bei Paralytikern anwendet, wo oft ein langer Fortgebrach von Narkoticis nothwendig wird, ist Abwechselung mit anderen Medicamenten angezeigt. Die Schattenseite der eintretenden Gewöhnung ist auch bei dem Paraldehyd vorhanden, wenn auch nach meiner Ansicht nicht mehr als bei Chloral.“

Red.

---

334) **D. Lambe** (Warschau): Geschichte einer Hellseherin als Beitrag zum Studium der Porencephalie, mit drei Federzeichnungen. (Arch. f. Psych. und Nervenkr. XV. 1. p. 45.)

Die in Frage kommende Persönlichkeit trieb Anfangs der 70er Jahre im Radomer Gouvernement (Polen) ihr Unwesen als Helseherin, und

wurde in gewinnsüchtiger Absicht dressirt und ausgebeutet. *Das 12jährige Mädchen* zeichnete sich durch ausgezeichnetes *Gedächtniss*, ungewöhnlichen *Scharfsinn* und rasche *Combination* aus. Sie war *rechtsseitig paretisch*, hatte *Nystagmus und Strabismus divergens*. Der *Tod* erfolgte — nachdem die erwähnten Erscheinungen sich nicht verändert hatten, im *17. Lebensjahre* in Folge von Hydrops und allgemeinem Kräfteverfall. — Die genau mitgetheilte *Section* ergab vor Allem einen bedeutenden *Defekt* der *linken Grosshirnhemisphäre*. Dieselbe war um 33,5 gr. leichter als die rechte Hälfte. Der Defect, dessen horizontalliegende und nahezu frontale Axe sich ungefähr an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels befand, stellte einen *Porus* dar, der den Subarachnoidalraum mit dem linken Seitenventrikel verband. Seine beiden Ausgänge sind bedeutend breiter — aussen 5,4 ctm. innen 2,8 ctm. — während der in der Mitte liegende Isthmus nur ein Lumen von 4—9 mm. hatte. Die Windungen des Defekts waren *radiär* angeordnet. An ihrer Bildung waren betheiligt: Der untere Theil des gyrus praecentralis. Der untere Theil des g. frontal. sup., der hintere Theil des g. frontal. inf., die insula Reilii, der vordere Theil des g. temporal. prim. und der untere Theil des g. parietal. ascendens mit dem Operculum. Die Rindensubstanz drang bis in den Isthmus hinein und verjüngte sich hier allmälig. Die Höhle war mit Serum ausgefüllt. Nach Erörterung der bezüglichen Literatur, kommt Verf. zu dem Schluss, dass es sich in diesem Falle von Porencephalie um einen *congenitalen Process* handle. Wahrscheinlich habe sich in einer früheren Periode des Frontallebens *in der Marksubstanz* ein anfänglichlich circumscripter Erweichungsherd gebildet. Nach seinem Durchbruch nach innen und aussen habe derselbe sich zu einem callösen Fistelgang consolidirt und sei bei Vergrösserung der Hemisphären und in Folge von Narbenzug die eigenthümliche Configuration des doppelten Trichters entstanden, in dem sich dann consecutiv die seröse Flüssigkeit angesammelt habe.

Es ist dieser Fall bemerkenswerth durch die *Integrität der psychischen Thätigkeiten* bei dem betroffenen Individuum — ein sehr seltenes Vorkommnis bei der Porencephalie.

Langreuter (Dalldorf).

---

335) **Gius. Seppilli** (Imola): La sorditá verbale od afasia sensoriale. (Worttaubheit.) (Riv. sperim. di fren. 1884. 1. u. 2. H.)

In zwei Fällen ausgesprochener Worttaubheit konnte durch die Section Erkrankungen im linksseitigen Temporallappen bei völligem Intactsein der Broca'schen Windung nachgewiesen werden.

Im ersten Falle fand sich Trübung und Verdickung der Arachmoidea, namentlich in der Gegend der linken Sylvischen Furche; die Pia zeigte sich ausser an kleineren namentlich die Stirnlappen betreffenden Stellen, über der ganzen oberen und dem angrenzenden Theile der mittleren Temporalwindung mit der unterliegenden Hirnrinde fest verwachsen; die Substanz des merklich verkleinerten Tem-

porallappens war in der Gegend seiner oberen und mittleren Windung erweicht.

In dem zweiten Falle war Erweichung der beiden hinteren Drittheile der oberen und mittleren Temporalwindung vorhanden, wobei der, der Sylvischen Furche anliegende Theil der oberen Temporalwindung anscheinend verschont geblieben war.

An diese beiden eigenen Fälle knüpft S. mit Bezugnahme auf die bisher veröffentlichten Fälle von Worttaubheit eine eingehendere Darlegung dieses Zustandes. Er ist der Anschauung, dass tiefere Intelligenzstörungen nicht immer mit der Worttaubheit verbunden seien, wie von manchen Seiten angenommen wird, und sieht diese Form der Aphasie als ein wichtiges diagnostisches Zeichen für eine krankhafte Affection des linken Temporallappens an.

Obersteiner (Wien).

---

336) **Rousseau** (Auxerre): Observation et autopsie d'une aphasique devenue succesivement aliénée et monoplégique. (Fall von Aphasie, späterer Geistesstörung und Monoplegie nebst Sectionsbefund.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1884.)

Eine Frau bekam 1876 eine rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie, welche allein bestehen blieb, während die Hemiplegie wieder verschwand. Nach 18 Monaten in Folge von Kummer, Melancholie, Nahrungsverweigerung etc. 1879 Monoplegia cruralis und linksseitige Hemianästhesie.

Etwas später trat vorübergehend Contractur des linken Vorderarmes auf und Schmerzen in der Hand; die psychischen Störungen traten deutlicher hervor. Darauf stellte sich geistiger Verfall ein, Contraktur der unteren Extremitäten, links stärker als rechts, Schmerzen in denselben, Hyperästhesie der oberen Extremität, Decubitus, der linke Mundwinkel wich öfters ab, der Kopf war nach links gewandt, die Augen ebendahin gedreht, während der Rumpf nach rechts gezogen war.

Sektion: Gehirn atrophisch, Gewicht 1020 Grm. Linke Hemisphäre: Alter zweifrankstückgrosser Erweichungsherd am Fusse der dritten Stirnwindung und dem unteren Winkel der vorderen Centralwindung. Die Rinde ist daselbst ganz zerstört. Rechte Hemisphäre: Eine frankstückgrosse Erweichung im oberen Theile der vorderen und hinteren Centralwindung und dazwischen liegenden Centralfurche bis beinahe an die mediale Fläche reichend. Auch hier war alles bis auf das Mark zerstört. Ein dritter oberflächlicher Erweichungsherd sass vorne oben auf dem Wurm.

Die Aphasie und Monoplegie bezieht Verf. auf die beiden Grosshirnrindenherden, die Demenz auf die Hirnatrophie. Der zuletzt aufgetretenen Erweichung am Wurm schreibt er die Hyperästhesie und Schmerzhaftigkeit der Extremität zu. Otto (Dalldorf).

---

337) **Landouzy** et **Ballet:** Du vôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive. (Ueber die Bedeutung der hereditären nervösen Prädisposition für die Entstehung der Tabes.) (Ann. méd. physiolog. Januar 1884.)

Entgegen Erb-Fournier will Verf. die Lues als wichtigstes ätiologisches Moment der Tabes nicht anerkennen, er sieht vielmehr ein solches in der hereditären nervösen Prädisposition und betont die Verwandtschaft der Tabes mit Geistesstörung, Hysterie, Epilepsie etc. Auch Charcot hebe diese Verhältnisse gegenüber der Lues hervor.

Verf. stützen sich zunächst auf eine Statistik von 138 Fällen von Tabes, von denen sie höchstens 12 nicht selbst untersuchten. In jedem Falle war genau nach Lues, Heredität, Erkältung, Excessen, Infectionskrankheiten etc. geforscht worden. Es fanden sich unter den 138 Fällen 25 mit nervöser Heredität, 32 mit vorausgegangener Lues oder 23%, was ein bedeutend geringerer Satz als der von Fournier (94 p. 103) oder Erb (88 p. 100) gefunden ist und sich dem von Westphal (14 p. 100) nähert. Dieses Resultat kann nach Meinung der Verf., wenn es falsch ist, nur zu Gunsten der Lues sein. Denn während Heredität nur bei ganz sichergestellten anamnestischen Ergebnissen angenommen wurde, trugen die Verf. der Lues stets mehr Rechnung, indem sie auch zweifelhafte Fälle vielfach hierher rechneten, in denen oft nur ein Chancer ohne weitere Erkrankungen bestanden hatte.

Sodann berühren Verf. die Beobachtungen über das Vorkommen der Tabes in neuro- und psychopathischen Familien. Während dreier Generationen trat in einer derartigen Familie 18 mal Tabes auf (Care).

Schliesslich spricht auch die Coincidenz der Tabes mit anderen nervösen oder psychischen Leiden für die Bedeutung der pathologischen nervösen Anlage. Epilepsie, Hypochondrie, Melancholie, Manie etc. sind mit Tabes vorgekommen. Kälte, Excesse, Lues etc. sind wichtige Elemente in der Entstehung der Tabes, aber doch nur accessorische. Der wichtigste, vielleicht allein genügende Grund der Tabes ist die hereditär nervöse Anlage. Otto (Dalldorf).

---

338) **Leonard Weber** (New-York): Syphilis and locomotor ataxia. (Syphilis und Tabes.) (The medic. Record. 5. April 1884.)

Verf. gibt eine kurze Geschichte der Streitfrage, ob die Syphilis in einem nähern Verhältnisse zur Tabes stehe oder nicht. Die Differenzen in den Prozentsätzen der verschiedenen betreffenden Statistiken sucht er theils dadurch zu erklären, dass einzelne Autoren die Anamnese nicht genau genug aufnahmen, theils dadurch, dass die practischen Aerzte stets geringere Procentsätze haben müssten, als Specialisten für Syphilis oder Badeärzte an Orten, die von Syphilitikern gern besucht würden (was beiläufig auf die vom Verf. namentlich angeführten Referenten nicht passt). Nachdem er sodann als nicht seltene Ursache der Tabes die Masturbation erwähnt, gibt er eine kurze Characteristik einzelner Tabes-Formen, verbreitet sich über Prognose,

Diagnose und Behandlung der Tabes mit syphilitischem Ursprunge, führt kurz 18 Fälle von Tabes mit 18% voraufgegangener Syphilis an und schliesst mit 5 Sätzen, deren wichtigste lauten: 1. Es ist nicht genügend klar, dass Syphilis die directe Ursache typischer Tabes ist. 2. Es ist bewiesen, dass Syphilis, wie im Gehirn, so auch in dem Rückenmarke und seinen Häuten gewisse Läsionen setzt, die gelegentlich von Symptomen atypischer Tabes gefolgt sind und durch passende specifische Curen gebessert, selten geheilt werden.

Voigt (Oeynhausen).

---

339) **M. Leszynsky**: Treatment of wry-neck by sulphate of atropia. (Behandlung des Schiefhalses mit Atropin sulf.)

(The medic. Rec. März 1884.)

Verf. erzählt die Geschichte einer 21jährigen nervösen Dame, die während der Ausübung ihres Berufes (Bücherfalten!) genöthigt war den Kopf nach links gedreht zu halten. Nach Verlauf von 2 Jahren stellten sich allmählig an Intensität zunehmende schmerzhafte, Tag und Nacht anhaltende, klonische, und abwechselnd auch tonische Krämpfe der rechten Nacken- und Schultermuskulatur ein (namentl. des stark herabgesetzten rechten m. sternocleidom. und dem port. clavic. m. trapez.). Die Behandlung bestand in täglichen Einspritzungen von Atropin ($^1/_{80}$ bis allmälig $^1/_6$ grain) in die rechtsseitigen leidenden Muskeln, Galvanisation des rechten und Faradisation des linken m. sternocl., Abends Chloral mit Conium; daneben gelegentlich Bromide, Lupulin, Campher etc. Nach 21 Tagen gelinde Symptome von Atropinvergiftung, trotzdem Fortsetzung desselben in schwächern Dosen; 8 Tage später definitives Verschwinden der Spasmen. — Verf. führt schliesslich aus der americanischen resp. engl. Literatur 5 ähnliche Fälle von günstiger Atropinwirkung an. Voigt (Oeynhausen).

---

340) **O. Kinnear** (Boston, Mass.): The dangers of an unfitful or careless application of heat and cold to the spine. (Die Gefahren unpassender oder nicht sorgfältiger Appication von Hitze und Kälte auf die Wirbelsäule.) The medic. Rec. März 1884.)

Verf. heilte in verschiedenen schweren Fällen von Eczem, als dessen Ursache ihm Congestionirung der trophischen Centren für die Haut wahrscheinlich ist, nicht nur die Hauteruption, sondern auch gewisse begleitende nervöse Symptome (Schlaflosigkeit, Neuralgien etc.). Durch Auflegung theils mit Eis, theils mit heissem Wasser gefüllter Chapman'scher Schläuche auf bestimmte Stellen der Wirbelsäule. Die Gefahren, die möglicherweise bei unpassender Application etc. entstehen und auf die Verf. glaubt besonders aufmerksam machen zu müssen (Hyperämie des Gehirns u. s. w.) können für den Arzt nicht vorhanden sein, der sich einigermassen mit den Lehren der Hydrotherapie (namentlich Winternitz's Experimenten) bekannt gemacht hat.

Voigt (Oeynhausen).

---

341) **H. Woodcox** (Coldwater, Mich.): A case of chorea treated with Jamaica Dogwood. (Ein Fall von Chorea, der mit Jamaic. dogw. behandelt wurde. (The therapeutic. Gazette, Febr. 1884.)

Der Fall bietet nichts Besonderes, als dass er durch den Gebrauch von Piscidia Erythrina schnell geheilt wurde. Von amerikanischen Aerzten wird jetzt diese Drogue, speciell das Extract aus der Wurzelrinde, als ein Narcoticum für alle möglichen Nervenerkrankungen dringend empfohlen; namentlich enthält the therapeutic Gazette seit mehr als einem Jahre in fast allen Nummern die verschiedensten Fälle solcher Erkrankungen, wo jenes Mittel gute Dienste that.

Voigt (Oeynhausen).

---

342) **G. Kiernan** (Chicago): Insanity. (Wahnsinn.) Aus einer Reihe von Vorlesungen. (Detroit Lancet Jan. Febr., März, 1884.)

Verf. bespricht I., *das Verhalten der Epilepsie zu den Psychosen* und unterscheidet mit den meisten Autoren 5 Arten epileptischen Irreseins, das präepilept., das postepilept., das in den Intervallen auftretende, das statt des epilept. Anfalles auftretende Irresein (häufig Kleptomanie, Mordlust, perverse Geschlechtsempfindung etc.), die epileptische Demenz. Letztere ist bei Weitem die häufigste Art. — In der Regel zeichnen sich die epilept. Psychosen aus durch eine gewisse Falschheit und grosse Heftigkeit der Betreffenden, initiale Hallucinationen, plötzliches Verschwinden derartiger Symptome u. s. w.; auch bei epileptischer Demenz ist „Falschheit" deutlich vorhanden. Betreff's der Diagnose ist ausser auf die eben erwähnten Erscheinungen Rücksicht zu nehmen auf gewisse körperliche Merkmale, als z. B. Asymmetrie des Schädels (in 55—80% vorhanden!), subnormale Körpertemperatur, Blässe der Haut, Injection der Bindehäute, Stumpfheit des Gesichtsausdruckes u. s. w. — Verf. *behandelt* solche Kranke mit Ergotin (Coniin Lithion etc.), Sitzbädern, passende Diät und empfiehlt vor Allem ihre Unterbringung in eine Anstalt. — In gerichtlich-medicinischer Hinsicht hebt Verf. hervor, dass derartige Kranke für etwa begangene Verbrechen wenigstens zum Theil verantwortlich zu machen sind; dann nämlich, wenn sie dieselbe in der Periode zwischen den Anfällen begehen, sich der That deutlich erinnern, von verbrecherischen Motiven nachweisbar geleitet wurden etc. — Umstände, die natürlich aus verschiedenen Gründen den Gerichtsarzt leicht irre führen können. — Was die *Pathologie* anbetrifft, so ist nach Verf. die Epilepsie eine auf Spasmus der Hirnarterien beruhende Erkrankung; wo gröbere anatomische Störungen gefunden werden, (die namentlich von deutschen Autoren so oft betonte Sklerose des Ammonshorn's ist in Folge einer hier häufig vorkommenden Hyperämie und secundären Stase), ist dies eine Zufälligkeit.

Kiernan bespricht II. in dem folgenden Abschnitte unter den *Geisteskrankheiten, die in einem gewissen Zusammenhange mit einzelnen Lebensperioden stehen*, die mit der Dentition zusammenfallenden (häufig Hallucinationen, namentlich des Gesichts, melancholische Zu-

stände, Monomanien), ferner die im Klimacterium auftretenden (Melancholie aus Erregungszuständen) sodann die in der Schwangerschaft (Melancholie, oft mit folgender Manie), dem Purerperium (Manie), der Lactationsperiode (Melancholie selten acute Manie), vorkommenden, endlich die von Hecker und Kahlbaum aufgestellte in New-York beiläufig besonders bei den Juden (hereditär!) vorkommende Hebephrenie; (in der Pubertät oder durch Masturbation treten in die Erscheinung: Depression, hochgradiger Egoismus, leichte Erregbarkeit, religiöse oder erotische Ideen, Hypochondrie, allmälige Demenz u. s. w.)

III. Ferner behandelt K. das Kapitel der zuerst von Kahlbaum aufgestellten *Katatonie*, 4 Fälle des Genauern anführend. In Bezug auf die Aetiologie fand er bei der Untersuchung von 46 einschlägigen Fällen, dass die Anerbung der scrofulösen Diathese in hohem Grade zur Katatonie prädisponire; dasselbe gilt von dem Alter unter 30 Jahren. Masturbation, geschlechtliche Excesse, religiöse Erregungen scheinen theils Ursachen, theils Folgen der Erkrankung sein zu können. Verf. gibt ferner an, dass die von ihm gemachte Section die Befunde Kahlbaum's betreffs früher vorhanden gewesenen Hydrocephalus resp. basilarer Meningitis bestätige; letztere sei übrigens, wo sie vorhanden, seiner Ansicht nach wahrscheinlich meist tuberculöser Natur gewesen, wie denn überhaupt tuberculöse Meningealprocesse viel häufiger heilten, als man gewöhnlich annehme. In dem vom Verf. und Spitzka beobachteten, resp. secirten Falle (es wurde eine genaue microscopische Untersuchung des Hirns und Rückenmarks vorgenommen) zeigten sich alte, zum Stillstand gekommene tuberculöse Processe in der pia mater, venöse, wahrscheinlich auf vasomotorischen Einflüssen beruhende Hyperämie des Gehirns und als deren Folge gallertartige Transsudate und Anhäufung von Lymphkörperchen um die Ganglienzellen (gerade, wie man dies in den schlimmen Fällen von Typhus findet, nur dass hier das ganze Gehirn gleichmässig betroffen ist). Intactheit der eigentlichen Nervenelemente, geringe, wahrscheinlich durch schlechte Ernährung bei gleichzeitig zu starker Anstrengung der motorischen Bahnen hervorgerufene, der senilen ähnliche Sclerose des Rückenmarkes und der vordern Pyramiden. — Die Behandlung soll nach Verf. bestehen im Gebrauch von Coniin, vor Allem von Amylnitrit, allgemeine Körperkräftigung, Unterbringung in einer Anstalt. — Die Prognose stellt Verf. nicht so günstig als Kahlbaum.

IV. Ferner gibt Kiernan eine kurze Symptomatologie der *Dementia paralytica*, bespricht des Längern ihre Aetiologie (Syphilis will er nicht als ätiologisches, sondern als prädisponirendes Moment auffassen), verbreitet sich unter den speciell behandelten Symptomen namentlich über den Grössenwahn und die Augenstörungen solcher Kranken, empfiehlt die von Spitzka gegebene Klassification der verschiedenen Formen der Erkrankung als die in practischer Hinsicht beste, nennt die Prognose schlecht, die Diagnose leicht, spricht sich für die Meyer'sche Behandlung (Pockensalbe) aus und erklärt sich schliesslich rücksichtlich der Pathogenese als Anhänger der Spitzka'schen Theorie, dass die Erkrankung auf vasomotor. Störungen (corticale

Hyperämie) beruhe — eine Theorie, die alle Symptome, namentlich auch die maniacalischen, apoplectischen, epileptischen Anfälle besser erkläre als jede andere. (Forts. folgt.) Voigt (Oeynhausen).

---

343) **Bartol. Bergesio:** La Cotoina nei catarri intestinali cronici degli alienati. (Das Cotoin bei Darmcatarrhen Geisteskranker.) (Arch. ital. p. l. mal. nervose. 1883. 5. H.)

Die von Albertoni gerühmte Wirksamkeit des Cotoin bei den chronischen Diarrhoen Geisteskranker konnte B. nicht bestätigen; in 19 Fällen konnte er einen einzigen Erfolg constatiren, hingegen kam es bei grossen Dosen (1 Grm.) gelegentlich auch zu Erbrechen. (Obersteiner (Wien).

---

344) **Gius. Musso:** Sulle aregolaritá dell' orifizio pupillare negli alienati. (Unregelmässigkeit der Pupille bei Geisteskranken.) (Lo sperimentale. December 1883.)

Neben der bekannten Ungleichheit beider Pupillen hat man auch jene abnormen Formen einer oder beider Pupillen zu beachten, wobei sie die kreisrunde Form verlieren, oval, oder unter Umständen auch ganz unreglmässig werden.

Solche Unregelmässigkeiten finden sich (in 9%) auch bei gesunden Individuen, allein bei Geisteskranken viel häufiger (39,7%); nicht sehr häufig (5%) ist diese Unregelmässigkeit nur an einem Auge vorhanden, oder nicht an beiden Augen gleich ausgeprägt.

Diese Unregelmässigkeiten sind nicht immer persistirend, sie können für einige Zeit verschwinden, und dann wiederkehren; am häufigsten trifft man sie in der progressiven Paralyse und in den maniakalischen Formen. Der Verfasser ist der Ansicht, dass eine solche Unregelmässigkeit der Pupillen der erste Schritt zur Ungleichheit der Pupille sei. Obersteiner (Wien).

---

345) **Gius. Musso** (Turin): Le variaziani del diametro pupillare negli epilettica. (Veränderungen der Pupillenweite bei Epileptikern.) (Rivista sperim. di fren. 1884. 1. H.)

Die von manchen Seiten angegebene Thatsache, dass bei Epileptischen dilatirte Pupillen besonders häufig seien, bestätigt sich nicht, ebenso wenig kann eine sehr rasche Reaction der Pupillen als characteristisch für die Epilepsie angesehen werden; hingegen findet sich nicht selten (in 28,8%) besonders bei der psychischen Form der Epilepsie eine Ungleichheit der Pupillen.

Es gibt eine Gruppe Epileptischer, bei welchen den Anfällen Ungleichheit beider Pupillen vorausgeht, die in der Regel nach den Anfällen wieder schwindet. Dieser Erscheinung muss jedenfalls eine pathologische Bedeutung zugemessen werden; indem sie im Stande ist, auf den pathologischen Vorgang bei den epileptischen Anfällen Licht zu werfen. Obersteiner (Wien).

---

346) **Planat** (Nice): Epilepsie partielle. (Fall von partieller Epilepsie.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1884.)

Ein 50 jahriger Mann von skrophulösem Habitus, dessen Vater epileptisch war, hatte ulceröse Varicen und bekam eines Tages, während die Varicen heftig entzündet waren, starken Kopfschmerz, sodann Krampfanfälle im linken Arme, sodann im Beine, denen ein Geräusch im Kopf, wie das der Lokomotive, vorausging. Die Dauer eines Anfalles betrug 5—6 Min. Keine Bewusstseinsstörung, Puls 80, Temperatur 38,6. Nach den Anfällen blieb Kopfschmerz bestehen und wiederholten sich dieselben mehrere Tage, 4—5 mal tägl. Unter Brombehandlung hörten sie bald auf, das Bein heilte bei äusserlicher Behandlung und blieb nur Neigung zu Kopfschmerz zurück. Mehrere Jahre vor dieser Attaque hatte Pat. zwei ganz ähnliche Anfälle gehabt; 7—8 Jahre nach derselben war er ohne Beobachtung und angeblich frei davon gewesen, dann traten wieder dieselben Anfälle ein. Schon nach dem ersten Auftreten war etwas Gedächtnissschwäche bemerkt worden, sonst ging Pat. übrigens seinem Berufe nach.

Verf. nimmt eine Läsion der Rindensubstanz mit partieller Epilepsie im Gefolge an. Merkwürdig sei die lange Periode der Latenz und der Mangel sonstiger Erscheinungen, wie Schwindel, sensorischer oder motorischer Störungen, Lähmungen oder schmerzhafte Sensationen.

Otto (Dalldorf).

---

347) **Sizaret** (Maréville): Lypémanie chronique avec délire des négations. (Chronische Melancholie mit „délire des négations“.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1884.)

Bei einer 66 jährigen Frau trat nach Otorrhoe Taubheit auf, ferner Verfolgungsideen, Selbstmordversuche, zeitweise ein stuporöser Zustand, Angst und Selbstbeschuldigungen, Gehörshallucinationen, sowie Zeichen seniler Geistesschwäche. Dabei zweifelt sie an allem, war überzeugt, dass nichts existire, dass die anderen Personen nur Schatten seien. Ueberall, besonders in der Unterredung, trat das Bestreben, alles zu verneinen, hervor und benennt daher der Franzose einen solchen Zustand „Délire des négations“.

Auch in den Fällen von Cotard war dieses „delire“ stets in Begleitung von Geistesschwäche. Otto (Dalldorf).

IV. Aus den Vereinen.

I. Academy of medicine zu New-York.

Sitzung vom 20. März 1884. (The med. Record. 5. April 1884.)

348) **Leonard Weber** hält einen Vortrag über *das Verhältniss der Syphilis zur Tabes* (siehe unser Referat Nro. 338 d. C.-Bl.), an welchen sich eine längere Discussion anschliesst. W. Amidon hält die bezüglichen statistischen Deductionen für werthlos, da die Procentzahlen der einzelnen Beobachter in so grossen Grenzen schwanken, da nun die Tabes auch nicht durch antisyphilitische Mittel geheilt werde (Besserung trete allerdings manchmal ein), so könne die vorliegende

Frage nur durch die pathol.-anatomische Untersuchung entschieden werden (? Ref.) — diese aber gebe keinen Anhalt dafür, ein Causalverhältniss zwischen Syphilis und Tabes anzunehmen.

Taylor spricht sich in ähnlichem Sinne aus.

Birdsall stimmt den Weber'schen Schlussfolgerungen zu.

Keyes glaubt, dass durch Syphilis nicht die „reine" Tabes, wohl aber eine Spinalmeningitis mit secundärer Betheiligung der Hinterstränge und atactischen Symptomen erzeugt werden könne.

Otis spricht sich ganz in Erb's Sinne aus.

Spitzka sagt, dass in $^2/_3$ seiner Tabes-Fälle die Syphilis ein wesentlicher ätiologischer Factor gewesen sei; die pathologische Anatomie könne zur Entscheidung der Streitfrage nicht angezogen werden, da wir als Characteristicum der Syphilis bisher nur das Gumma kennen, dies aber gerade bei syphil. Meningitis, syphilit. Hämorrhagie u. s. w., deren Vorkommen allgemein anerkannt werde, ebenso wenig angetroffen werde, wie irgend eine andere pathol. Veränderung, welche diese Erkrankungen etwa von den nicht syphilitischen Formen unterschied. Voigt (Oeynhausen).

II. Societé médico-psychologique zu Paris.

Sitzung vom 29. Oktober 1883. (Ann. méd. psycholog. Januar 1884.)

349) **Legrand du Saulle:** *Cas insolite de névrose convulsive. (Eine ungewöhnliche Krampfneurose.)*

Der Fall war schon in der Sitzung von 25. Juni 1883 vorgeführt worden (cf. d. C.-Bl. 1884. Nro. 8. S. 192) und wird über den Verlauf und Diagnose folgendes berichtet. Die zuerst berichteten 8000 Anfälle glichen denen der partiellen Epilepsie unter Vorherrschen der Zuckungen rechterseits. Die Temperatur war stets normal, der Puls sehr frequent. Darauf folgten $^1/_2$ J. lang unter dem Gebrauch von Brom monatlich etwa 80 Anfälle; keine sonstigen Zeichen von Hysterie bestanden. Später trat eine grosse Reihe von Anfällen auf, es waren rechtsseitige, klonische Zuckungen, ohne Bewusstseinsverlust, ohne nachherige Lähmung und ohne Temperatursteigerung. Dazu gesellten sich später schwache Zuckungen linkerseits, Hemianästhesie und Achromatopsie rechts und ausserdem traten mannigfache Conversionen des Körpers sowie auch Hallucinationen auf. Innerhalb 26 Tage traten im Ganzen 21,700 Anfälle auf und neben den epileptoiden anfänglichen Erscheinungen traten immer deutlicher hysterische Erscheinungen hervor. Anfangs musste man an eine linksseitige, cerebrale Störung denken, je mehr jedoch andere Symptome sich zeigten, desto wahrscheinlicher wurde Hysterie. Dieselbe ist demnach aus ihrer Latenz nach vielen epileptoiden Anfällen herausgetreten und in so ferne ist der Fall interessant, als die ersten hysterischen Anfälle epileptoid oder ähnlich denen der partiellen Epilepsie waren und in so grosser Zahl auftraten. Ballet erwähnt noch einen ähnlichen Fall von Hysterie, dessen Anfälle denen der Jackson'schen Epilepsie glichen.

Otto (Dalldorf).

V. Neue Literatur.

40. Hegar, Die Rückenmarksdehnung. Leipzig, Klin. Vortrag Nro. 239.
41. Schuster, Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. II. Aufl. Berlin. 151 Seiten.
42. Stiller, Die nervösen Magenkrankheiten. Stuttgart. 202 Seiten.
43. Die Ueberbürdung der Schüler in den höheren Lehranstalten. Gutachten der wissensch. Deputation in Berlin (erstattet von Virchow und Westphal). Berlin, Hirschwald.
44. J. Weiss, Die Epilepsie und deren Behandlung. Wien, Urban & Schwarzenberg.

Thèses de Paris.

45. Coudray, Recherches sur les propriétés phys. et therap. de la Paraldéhyde.
46. Prévost, Contr. à l'étude du centre moteur cortical du membre inferieur.
47. Piaggio, Sur une nouvelle théorie du phénomène respiratoire de Chayne-Stokes.
48. Dorcon, Des paralysies du nerf sciatique poplité externe d'origine pelvienne.
49. Hervé, De la chorée pendant la grossesse.
50. Guimbal, De la folie à la menopause.
51. Riaberolles, Contr. à l'étude des phenomènes nerveux de la fièvre typhoide.
52. Chambert, Matériaux pour servir à l'histoire des eclampsies puerpérales.
53. Bordéremy, Des rémissions dans l'ataxie locomotrice.
54. Tétard, Hematom du pavillon de l'oreille.
55. Bouchut, Etude d'ophthalmoscopie dans la meningite.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Stephansfeld, Assistenzarzt, 900 M., freie Station. 2) Alt-Scherbitz, Volontairarzt, 1200 M., freie Station. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 4) Neustadt W. Pr., Volontairarzt, 600 M., freie Station. 5) Kreisphysicate: Braunsberg (Königsberg) i. Pr.), Beeskow-Storkow (Potsdam), Gummersbach (Köln), Herzfeld (Cassel), Homberg (Cassel), Kulm (Marienwerder).

Für englische psychiatrisch-neurologische Literatur suchen wir noch einen Referenten.

Redaction.

Redaction: Dr. L. Goldstein in Aachen.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 1. Juli 1884. Nro. 13.

INHALT.

I. Originalien. Bericht über die 9. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 14. und 15. Juni d. J.

II. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. II. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg.

III. Referate und Kritiken. Zuelzer: Untersuchungen über die Semiologie des Harns. Ein Beitrag zur klin. Diagnostik und zur Lehre vom Stoffwechsel. Rosenheim: Experimentelle Untersuchungen der unter dem Namen „Sehnenphänomene" bekannten Erscheinungen unter möglichster Berücksichtigung von Versuchen am Menschen und pathologischer Beobachtungen. Engelskyoen: Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der zwei electrischen Stromesarten und die electrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung. Hoffmann: Ein Fall von acuter aufsteigender Paralyse. Rosenstein: Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes dorsalis. Hegar; Die Rückenmarksdehnung. Westphal: Ueber einen Fall von sog. spastischer Spinalparalyse mit anatomischem Befunde, nebst einigen Bemerkungen über die primäre Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen. Fabre: De l'action multiple des néphrites sur le coeur et par le système vaso-moteur, sur la circulation capillaire. Arnold: Ein Fall von traumatischer Ataxie. Blix: Einfaches Verfahren zur Bestimmung der Feinheit des Muskelsinnes. Slucki: Ein Fall von durch Hallucination bedingter Aphasie. Mendelssohn: Ueber die electrische Reaction der sensiblen Hautnerven bei Tabikern. Andeer: Das Resorcin als schmerzstillendes Mittel. Stintzing: Mittheilungen aus der Klinik des Herrn Obermedizinalrathes Prof. Dr. v. Ziemsen.

IV. Miscellen. Laufenauer: Die Selbstmordstatistik von Budapest. Abbate-Pascha: Morphiumsucht in Egypten.

V. Personalien.

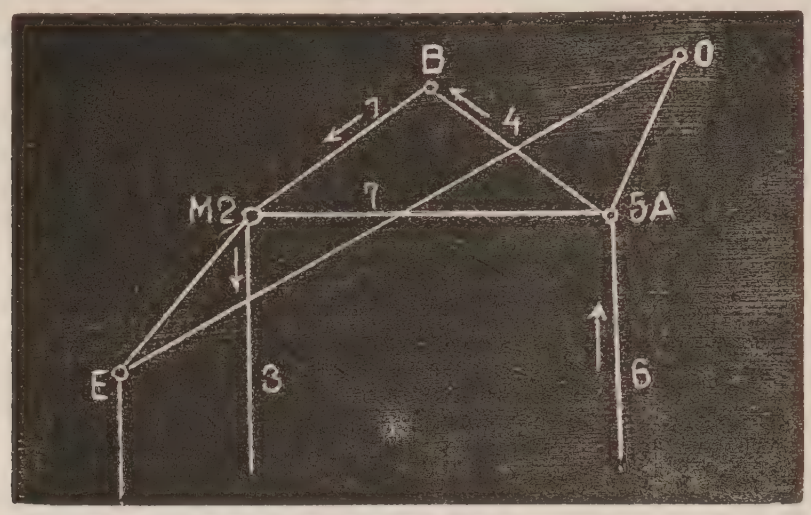
I. Originalien.

Bericht über die 9. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 14. und 15. Juni d. J.

Die Versammlung wurde am 14. Juni, Nachmittags 2 Uhr durch Herrn Erb eröffnet. Herr Kussmaul wurde zum Vorsitzenden der ersten Sitzung erwählt. Schriftführer waren die Herren Laquer und Edinger. Es sprachen:

1) Herr **Lichtheim** *über die verschiedenen klinischen Formen der Aphasie.* Unser Verständniss der verschiedenen Aphasieformen knüpft sich an die Unterscheidung einer Aphasie durch Störungen der

centrifugalen Bahnen und einer solchen durch Störungen der centripetalen Bahnen, an die Trennung der motorischen und sensorischen Aphasie. Es ist aber nöthig noch weitere Formen zu unterscheiden und dies geschieht zweckmässig an der Hand eines Schemas. Als solches



schlägt der V. das nebenstehende vor. In demselben bedeutet A. den Ort der Erinnerung an das gehörte Wort, der Lautbilder, M den der Erinnerung an das gesprochene Wort, B repräsentirt den Ort der Begriffe, endlich soll in O die Erinnerung an das gesehene d. h. gelesene, in E die an das geschriebene Wort deponirt sein. Werden die betr. Centren oder die sie verbindenden Bahnen lädirt, so ergeben sich entsprechend den durch die Zahlen 1—7 bezeichneten Stellen zunächst 7 verschiedene Formen der Aphasie. Bei Unterbrechung in M (2) ergiebt sich die Broca'sche oder atactische Aphasie, bei Unterbrechung in A (5) die sensorische Aphasie (Wernicke). Dass bei letzterer auch Paraphasie vorkommt, erklärt der Vortr. mit Wernicke dadurch, dass der gesammte Apparat durch die centripetale Unterbrechung mehr oder weniger mitleidet. Isolirte Paraphasie würde der Unterbrechung in 7 entsprechen. Bei Läsion der Bahn 1, d. h. der Verbindung zwischen Begriff und Wortbild, kann der Kranke zwar nicht spontan sprechen, wohl aber nachsprechen, vorlesen, schreiben. Einen derartigen Fall hat der Vortr. bei einem Collegen beobachtet. Bei Unterbrechung in 3 ist die Fähigkeit zu sprechen verloren gegangen, die zu schreiben erhalten. In einer Beobachtung des Vortr. entsprach die Form der Aphasie einer Läsion von 4. Ein Mann mit Arteriosklerose erlitt einen apoplectischen Insult. Nach demselben bestand Aphasie, der Kr. schien vollständig verwirrt zu sein, bewies aber durch seine Handlungen, dass die Intelligenz nicht gestört war. Es ergab sich, dass er ganz gut nachsprechen und laut lesen konnte, dass er aber das von ihm Gesprochene, so wenig wie das von andern Gesprochene verstand. Endlich hat der Vortr. an dem Kr., welchen Burckhardt („Ein Fall von Worttaubheit") im Schweizer ärztl. Corr.-Blatt beschrieben hat, einen Zustand beobachtet, welcher als Unterbrechung in 6 aufzufassen war. Der Kr. war anscheinend taub, d. h. verstand kein Wort, dabei aber konnte er lesen und schreiben und gut sprechen.

Weiter gab der Vortr. Bemerkungen über die Lokalisation der

verschiedenen Aphasieformen. Mit Sicherheit kennen wir nur die Lokalisation der Broca'schen Aphasie, mit Wahrscheinlichkeit die der sensorischen Aphasie. Es spricht alles dafür, dass die Nebenformen durch Läsionen erzeugt werden, welche in der nächsten Umgebung jener beiden Stellen zu suchen sind.

2) Herr **Schüle** *über einen Fall von nervöser Dyspepsie.* Eine 28j. Frau aus nervöser Familie, geistig gut entwickelt und harmonisch ausgebildet, war, nachdem sie 2 mal geboren, angegriffen und anämisch geworden, hatte an Fluor albus gelitten. Als sie durch den Tod ihres Kindes, welches auf der Reise an Diphtherie gestorben war, auf's Tiefste sich erschüttert fühlte, erkrankte sie gemüthlich. Ausser Selbstanklagen zeigten sich bei ihr hypochondrische Grübeleien, sodass Symptome der Verrücktheit sich denen der Melancholie beimengten. Die Kranke war nur schwer zum Essen zu bewegen, sie klagte, dass jede Nahrungsaufnahme ihr heftigen Druck und Beengung errege. Das Symptom, welches sozus. im Centrum stand, war ein ausserordentlich starker Lufthunger. Der Thorax stand in Inspirationsstellung, wurde nur wenig durch die Bemühungen der Kr. bewegt. Dieser Lufthunger wurde durch Essen bis zum Unerträglichen gesteigert. Trotzdem fortdauernd Nahrung zugeführt wurde, kam die Kr. auf 62 Pfund herunter. Eines Tages trat ein heftiger Anfall ein, der Thorax stand in maximaler Inspirationsstellung still, der Puls war rasch und klein, flatternd. Es wurde die Schlundsonde eingeführt und sofort trat eine auffallende Besserung ein. Die Kr. konnte zum 1. Male wieder einige tiefe Athemzüge thun. Auch gelang es nun einige Nahrung ohne wesentliche Beschwerde einzuflössen. Seit dieser Zeit wurde die Sonde regelmässig eingeführt, theils leer, theils als Vehikel einer breiigen Nahrung (aus Maizena, Milch, etc. gemischt). Sie brachte immer Erleichterung und während ihres Gebrauches schritt die Besserung mehr und mehr vorwärts. Seit jenem Anfalle war auch die psychische Behandlung verändert worden, insofern als der Kr. nunmehr alle Willensintensionen erspart wurden. Sie gestand später, dass dadurch ihre Angst wesentlich vermindert worden sei.

3) Herr **Jolly** *über Pseudobulbärparalyse.* Die Fälle, bei denen ein der Bulbärparalyse sehr ähnliches Krankheitsbild beobachtet wird, ohne dass die anatomische Untersuchung eine Läsion des Bulbus ergiebt, lassen sich in verschiedene Gruppen ordnen. Erstens kann es sich um diffusse Affectionen des Grosshirns handeln. So bestanden in einem Falle des Vortr. die Symptome der Bulbärlähmung, bei welchem p. m. multiple Sklerose des Gehirns, aber keine Herde in der Oblongata gefunden wurden. In einem anderen analogen Falle fand sich bei der an Dementia senilis leidenden Pat. nur allgemeine Atrophie des Gehirns. Eine II. Classe bilden die Fälle, wo durch doppelseitige Herde in den Basalganglien das Bild der Bulbärparalyse erzeugt wird. Auch der Vortr. hat einen derartigen Fall beobachtet.

Bei der Differentialdiagnose giebt neben dem Krankheitsverlaufe etc. den Ausschlag das Vorhandensein oder Fehlen der Atrophie der gelähmten Theile. Endlich kommen Fälle vor, die man als akute

Pseudobulbärparalyse bezeichnen kann. Bei einer 50j. Pat., welche an sehr heftigen Kopfschmerzen und Paralyse der Glieder litt, trat rasch, aber ohne Insult Bulbärlähmung und Lähmung der Nackenmuskeln ein. Druck auf die Trigeminuspunkte bewirkte heftige Reaction. Bald folgte der Tod. Es fanden sich Erweichungsherde im Balken, im Centrum ovale und dessen Umgebung beiderseits. Mikroskopisch fiel besonders starke venöse Hyperämie auf mit Wandinfiltration der Gefässe. Auch in der Umgebung des einen Facialiskernes bestand die Gefässerkrankung und war es zu kleinen Hämorrhagien gekommen. Sonst fand sich im Bulbus durchaus nichts Abnormes.

4) Herr **Steiner** *über den Rückwärtsgang der Frösche.* Ausser Magendie's Angaben ist über das Rückwärtsgehen der Frösche wenig bekannt. Ein Frosch ohne Grosshirnhemisphären sucht bekanntlich sein Gleichgewicht zu erhalten. Wird seine Unterlage eine schiefe Ebene, so steigt er dieselbe empor etc. Hält man nun die Platte derart schief, dass das Hintertheil des Frosches erhöht wird, so kriecht er etwas nach rückwärts. (Demonstration.) Unter Umständen gelingt der Versuch auch an einem unverletzten Frosche. Der Vortr. hat nun bei seinen Untersuchungen dieses Gegenstandes gefunden, dass Frösche leicht zum Rückwärtsgehen zu bewegen sind, wenn ein bestimmter Theil des Mittelhirns nach Exstirpation der vorderen Hirntheile stehen geblieben ist. Es handelt sich um die hintere Partie der Lobi optici. Rollt man mit dem Finger die Hinterpfote eines derart operirten Frosches, so geht derselbe rückwärts. Sind die lobi optici ganz entfernt, so sind die Frösche nicht mehr zum Rückwärtslaufen zu bringen. (Demonstrationen.) Das Kleinhirn hat gar keinen Einfluss. Auch die oberen Schichten des Lob. opt. sind nicht das Wesentliche, sondern der basale Theil in seiner hinteren Hälfte muss erhalten sein. Der Vortr. sprach ausführlich über die Einzelheiten und die Technik der Versuche. Das Rückwärtsgehen will er nicht als Zwangsbewegung bezeichnen, denn Zwangsbewegungen seien nur solche, die durch asymmetrische Verletzungen verursacht werden.

5) Herr **Hitzig** *über subnormale Temperaturen der Paralytiker.* Der Vortr. besprach zunächst und kritisirte die vorhandenen Arbeiten über den Gegenstand. Nach seiner Erfahrung beobachtet man hauptsächlich folgendes. Die Temperatur kann beträchtliche Sprünge zeigen, ohne dass ein Anfall eintritt. Oder die Temperatur fällt stark ab, dann folgt ein Anfall, nach welchem die Temperatur niedrig bleiben oder wieder ansteigen kann, event. über das Normale. Einzelbeobachtungen mit Temperaturcurven veranschaulichen dieses Verhalten. Die Temperaturabfälle bei Paralytischen hat man theils durch vermehrte Wärmeabgabe, theils durch Lähmung des Wärmecentrums im Gehirn, theils durch Combination beider Momente zu erklären versucht. Sicher ist, dass die vermehrte Wärmeabgabe allein nicht zur Erklärung ausreicht, dass ein Einfluss des Gehirns auf die Temperatur besteht. Doch ist es bisher noch nicht möglich Genaueres über denselben auszusagen. Möglicherweise ist die Herzschwäche von Bedeutung. Der Vortr. hat öfter den kleinen Puls nur 40—50 mal in der

Minute schlagen gefühlt. Man könnte denken, dass der Krampfanfall dadurch entstehe, dass nur wenig und kühles Blut ins Hirn gelangt. Doch kann die Herzschwäche auch ein Folgezustand sein.

Der Vortragende demonstrirte auch einige Hirnpräparate, welche nach verschiedenen Conservirungsmethoden hergestellt waren.

6) Herr **Fürstner** *über Gliose der Hirnrinde.* Der Vortr. besprach die bisher beschriebenen Fälle von tuberöser Hirnsklerose und ihre Differenzen. Er hat neuerdings in einem Falle Tubera und Granula-, auch Höhlenbildung gesehen, welche besonders an der Insel und dem Klappdeckel ausgeprägt waren. Die Pia war nur verdickt. Es bestand allgemeine Atrophie des Hirns. Der Klappdeckel erschien wie geschwollen, in seinem Inneren fand sich Höhlenbildung. Die genauere Untersuchung ergab, dass die Veränderung von der Oberfläche der Rinde ausging. Deren oberste Schicht war verbreitert. Längs der Gefässe, welche selbst nicht wesentlich verändert waren, zogen die Streifen neugebildeten Gewebes nach unten. Offenbar greifen in dieser Neubildung theils Erweichung theils Schrumpfung Platz, sodass es einerseits zur Höhlen-, andererseits zur Narbenbildung kommt. Der Process ist nicht identisch mit der gewöhnlichen Sklerose, sondern ist als Gliose zu bezeichnen, d. h. als pathologische Umwandlung der Stützsubstanz auf congenitaler Anlage beruhend. Er ist analog der Syringomyelie. Die Pat. waren immer Idioten. In Fürstner's Falle bestand lange Zeit Schwachsinn, dann traten plötzlich Aphasie und andere Hirnsymptome auf.

Demonstration der Präparate.

7) Herr **Tuczek** *über den Schwund markhaltiger Fasern in der Grosshirnrinde bei Dementia paralytica.*

Der Vortr. demonstrirt Päparate, welche von Weigert mit dessen neuerdings modificirter Färbemethode hergestellt sind und die früheren Angaben des Vortr., welche durch Osmiumfärbung gewonnen waren, durchaus bestätigen. (Schluss der ersten Sitzung.)

(Wegen Mangel an Raum muss der Schluss des Berichtes für die nächste Nummer zurückgelegt werden. Red.)

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. Juni 1884.

350) **Jastrowitz:** *Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen in foro, nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen.* Im April stellte sich dem Vortragenden ein Herr in grosser Erregung vor mit der Angabe, er litte an Kleptomanie, er *müsse* Dinge stehlen, die Weibern angehörten, Wäsche, Haarnadeln und dgl., er sei dabei ganz frei von Wollustempfindungen. Er bemerkte diesen Trieb seit kurzer Zeit, sein Wohlbefinden sei seitdem gestört, er habe schlechten Schlaf und häufig erotische Träume. Er sei jetzt 31 Jahre alt, Vater

von 5 gesunden Kindern, bis auf heftige Kopfschmerzen vor 3 Jahre stets gesund gewesen, habe nie perverse Sexualempfindung gehabt. Ein Bruder leide an Krämpfen, die übrigen Familienglieder seien gesund. Er habe im Februar einer Dame auf der Pferdeeisenbahn das Portemonaie aus der Tasche gezogen und sei deswegen angeklagt. Er sei vor der That in eine heftige Aufregung gerathen, habe sie wie im Rausche begangen, erinnere sich aber genau der Einzelheiten. Der Vortr. erörtert die Schwierigkeit der Beurtheilung des Falles, die durch das Object des Diebstahls besonders erhöht wurde, sowie die Differentialdiagnose. Der Zustand wurde klarer durch die Anamnese: Der Kranke war Klavierstimmer und hatte in der letzten Zeit besonders lange und angestrengt gearbeitet. Vortr. erwähnt die in neuester Zeit von Charcot und Magnan veröffentlichten Fälle von Zwangsvorstellungen und die Beobachtung von Lucae hinsichtlich des nachtheiligen Einflusses intensiver Arbeit mit der Stimmgabel auf die Psyche und bespricht eingehend die Zwangsvorstellungen als Complication und als selbstständige Erkrankung. Zur Behandlung schlägt er *geistige* Arbeit vor.

351) **Otto** (Dalldorf): *Fall von Porencephalie*, demonstrirt das Gehirn eines 4jährigen Knaben, der körperlich sehr schwach entwickelt war, einen Schädelumfang von 41 ctm. hatte und geistig den höchsten Grad von Idiotie darbot. Seit der Geburt bestanden Erscheinungen von Rigidität fast aller Muskeln mit Vorspringen der Muskelwulste sowohl bei activen wie passiven Bewegungen, so dass der Knabe bei jeder Lageveränderung wie ein Stock steif wurde. Beim Schlafe und in völliger Ruhe liess die Rigidität nach. Sensibilität, Reflexe, Sinnesorgane, Verhalten gegen Electricität zeigten, soweit eine Untersuchung möglich, normales Verhalten. Ergebnisse der Section: Hirngewicht 470 grm., rechte Hemisphäre 130, linke 180 gr. Zwei grosse porencephalitische, mit dem Ventrikel communicirende Defecte im Gebiete der art. cer. post. ungefähr an der Grenze zwischen Schläfen- und Scheitellappen einer- und Hinterhauptslappen andrerseits. Ein dritter markiger Defect in Gestalt einer kleinen tiefen Spalte befand sich zwischen vorderer Central- und der dritten Stirnwindung. Die Windungen waren um ihn herum radienartig angeordnet. Von einem Klappdeckel war beiderseits keine Andeutung, die Centralfurchen waren kurz, die Inseln freiliegend. Nerven, Rückenmark und Muskeln, boten mikroscopisch nichts Abnormes. Nach Ansicht des Vortr. handelt es sich um einen foetalen Destructionsprocess, eine anämische Necrose des Hirnmantels, die zur Bildung der beiden symmetrischen porencephalischen Defecte und des narbigen dritten und indirect zur Verkümmerung des übrigen Gehirnes geführt hat. Die Ursache ist vielleicht in der nachgewiesen grossen Anämie der Mutter während der Schwangerschaft zu suchen. Zur Erklärung für die Erscheinungen Seitens der Motilität müsse man auf die Beeinträchtigung der Centralwindungen und der Scheitelgegend recurriren. Klinisch erinnere die Starre und das Vorspringen der Muskelwülste einigermassen an, die Muskelstarre bei Thomsen'scher Krankheit. In der Discussion will Westphal diesen Vergleich nicht gelten lassen.

Remak berichtet von einem ähnlichen von J. Ross im Brain veröffentlichten Fall von angeborener spastischer Gliederstarre mit Porencephalie.

Bernhardt zieht zur Erklärung die Beobachtungen Adamkiewicz's über den Zusammenhang zwischen spastischer Starre und Compression der motorischen Region an.

Matusch (Dalldorf).

II. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 5./17. Mai 1884.

352) **Bechterew:** *Ueber die Bildung unserer Vorstellungen vom Raume.*

Ref. kommt auf Grundlage seiner zahlreichen Versuche über die Function der sogen. Gleichgewichtsorgane (halbzirkelförmige Canäle, centrales Grau des 3. Ventrikels und die mit der Hautoberfläche in Connex stehenden Oliven) zu dem Schlusse, dass sie nicht allein dem Körpergleichgewichte vorstehen, dass sie auch dem Bewusstsein Empfindungen zuleiten, über deren Charakter bis jetzt in der physiologischen Literatur noch nichts Positives veröffentlicht worden ist.

Die Analyse der subjectiven Erscheinungen am Kranken, deren Gleichgewichtsorgane lädirt sind oder an Gesunden, welche in der Gegend des Kleinhirns galvanisirt oder um die Längsaxe ihres Körpers gedreht werden, ergiebt, dass die Versuchspersonen eine Veränderung ihrer Körperstellung empfinden. Eine solche genügt wiederum ihrerseits, um die Gleichgewichtsorgane zu errregen, weshalb es nun auch möglich wird, uns im Raume zu orientieren, vorausgesetzt, dass wir die tactilen musculären und Gesichtsempfindungen ausschliessen, etwa wie beim Untertauchen im Wasser mit geschlossenen Augen. Die Gleichgewichtsorgane werden übrigens nicht allein durch die Veränderung der Körperstellung erregt, sondern werden durch ihren Zusammenhang mit den höheren Sinnesorganen Eindrücken zugänglich, welche die Sinne von aussen zuführen. In diesem Falle werden die Gleichgewichtsempfindungen auf die Lage oder Richtung des Körpers hinsichtlich der ihn umgebenden Aussendinge bezogen, welche ihrerseits als Reizquelle für die Gleichgewichts- und die höhere Sinnesorgane dienen. Wenn wir etwas sehen, hören oder tasten, so haben wir eigentlich zwei Empfindungen, eine specifische, durch die Sinnesorgane vermittelte und eine andere durch die Gleichgewichtsorgane, welche die Beziehungen unsrer Körperstellung zu der äussern Reizquelle kund giebt. Beide Empfindungen verschmelzen im Bewusstsein zu einer einzigen, doch nur bei der Projicirung nach aussen, welche uns auf diese Weise nicht nur verständlich, sondern auch zum Postulate wird.

Der Zusammenhang der höheren Sinnesorgane mit denen des Körpergleichgewichts erklärt uns die Beeinflussung der Function des Körpergleichgewichts durch die acustischen, optischen und tactilen Empfindungen einerseits und die Möglichkeit einer Störung der Localisation unserer speciellen Empfindungen (Sehen, Hören, Tasten) durch eine plötzliche Beeinträchtigung des Körpergleichgewichtes.

Dass wir beim Hören die gewonnene Empfindung nur in einer Richtung projiciren, ohne die äussere Form und die Entfernung des tönenden Gegenstandes bestimmen zu können, während wir beim Sehen nicht allein in einer bestimmten Direction projiciren, sondern auch Form, Umrisse und Maasse des gesehenen Objectes beurtheilen und beim Betasten wiederum die, ähnlich wie beim Sehen empfundenen Formen und Maasse nur auf die Oberfläche unsrer Haut beziehen, liegt, wie Ref. meint, darin, dass alle diese Empfindungen in der Organisation der entsprechenden Gleichgewichtsorgane und deren Zusammenhange mit den höheren Sinnesorganen begründet seien.

Die Innervations- und Muskelempfindungen sind nach Ref. Ansicht von einiger Bedeutung für die Localisation unserer speciellen Sensationen im Raume, nur geben sie uns fast nur eine genaue Vorstellnng von der Stellung des thätigen Organs in einem gegebenen Zeitraum.

Die abstracte Vorstellung vom Raume ist folglich das Resultat der Wirkung einer ganzen Reihe zusammengesetzter Empfindungen, ausgehend von den, durch die höheren Sinnesorganen erregten Gleichgewichtsorganen und von den Muskelempfindungen.

Schliesslich besprach Ref. genauer die anatomischen und physiologischen Bedingungen, unter welchen die äussere Sinnesreize auf die Gleichgewichtsorgane übertragen werden. Im historischen Theile legte er die bisher gangbaren Theorien in Bezug auf die Bildung unserer Raumvorstellungen und bewies deren Unzulänglichkeit.

Hinze (St. Petersburg).

III. Referate und Kritiken.

353) **W. Zuelzer** (Berlin): Untersuchungen über die Semiologie des Harns. Ein Beitrag zur klin. Diagnostik und zur Lehre vom Stoffwechsel. (Berlin, G. Hempel. 166 Seiten.)

Im Vordergrunde steht bei allen Stoffwechseluntersuchungen die Ermittelung des Zusammenhangs zwischen der Funktion des einzelnen Organs intra vitam und seinem Stoffverbrauch. Das bekannte Gesetz: keine Kraftentwickelung ohne Stoffverbrauch lehrt deutlich einen solchen Zusammenhang. Die Abhängigkeit der Stoffwechselvorgänge von nervösen Einflüssen beim Muskel und bei den Drüsen bietet fernere Belege dafür. In den Exkreten nun finden wir diejenigen Substanzen, welche durch die Stoffwechselprocesse aus dem Zusammenhang mit den Geweben gelöst und — unbrauchbar für den Körper — der Ausscheidung überliefert werden. Die Alteration derselben — nach Menge und Qnalität — richtet sich nach dem grösseren oder geringeren Zerfall in der einen oder anderen Organgruppe oder nach der gesteigerten Ansammlung von Ernährungsmaterial, die in den Organen statt hat. Ausgeschieden werden also in vermehrter Menge solche Stoffe, die vorher Bestandtheile bestimmter Gewebe waren, oder es fehlen im Exkret Stoffe, die im Körper zum Aufbau zurückgehalten sind. Verf. glaubt, dass die in dem Harn ausgeschiedenen Stoffe am geeignetsten

seien, derartige Rückschlüsse zu ziehen und sie für die Diagnostik zu verwerthen.

Seit Jahren ist Verf. mit derartigen Untersuchungen beschäftigt und hat in verschiedenen Publikationen sehr werthvolles Material beigebracht. Berücksichtigt werden dabei im Besonderen die „relativen Werthe", d. h. das Verhältniss, in dem die Mengen der einzelnen Stoffe zu einander stehen und wird der bequemern Berechnung wegen der Stickstoff als Einheit = 100 gesetzt. In verschiedenen Organen ist dieser „relative Werth" der einzelnen Stoffmengen bei verschiedenen Organen ein verschiedener und zeigt sich ein stärkerer Zerfall eines bestimmten Gewebes daher in entsprechender Weise im Harn.

Wir geben hier nur das für das Nervengewebe Wichtige und Interessante. (Aus Cap. I. u. IV.) Was speciell die gebundene Phosphorsäure anbetrifft, so fehlt sie bisweilen unter normalen Verhältnissen, tritt aber vermehrt im Harne auf in den Fällen, wo Gehirnmasse und Niere, oder wo Glycerin oder Butter neben leicht löslichen Phosphaten in den Magen eingeführt werden. Reichlich erscheint sie in Zuständen von besonders starkem Zerfall von Nervensubstanz, so nach der Chloroform-Narkose und wahrscheinlich auch bei Dementia.

Unzweifelhaft besteht ein specifischer Nervenstoffwechsel, da das in das Nervengewebe eintretende arterielle Blut venös und mit Produkten der regressiven Metarmorphose beladen zurückkehrt. Es findet auch hier, wie im Muskelgewebe, eine Gewebsathmung statt.

Systematisch angestellte Untersuchungen über den Gesammt-Stoffwechsel lassen uns aber erkennen, dass vom Nervengewebe aus im Zustande der gesteigerten Erregbarkeit die Stoffabgabe vermindert wird und dass sie sich erst in dem Maasse steigert, in welchem die nervöse Erregbarkeit abnimmt. Phosphorsäure resp. Glycerinphosphorsäure die Kali- und Kalksalze nun sind es, die durch ihre Vermehrung resp. Verminderung diese Vorgänge charakterisiren; unter Berücksichtigung der relativen Mengenverhältnisse lässt sich derjenige Theil dieser Harnbestandtheile, welcher aus dem Nervengewebe oder aus dem zu seiner Ernährung unmittelbar vorbereiteten Material herzuleiten ist, von dem Theil trennen, der aus anderen Körpergeweben herstammt.

Aus den mitgetheilten Fällen schliesst Verf. Folgendes:

1. Bei gewissen Fällen von Epilepsie wird in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen der relative Werth der Phosphorsäure niedriger als in der Norm.

2. Er steigt unmittelbar nach dem Anfalle sehr bedeutend.

3. Zuweilen tritt auch eine Steigerung der relativen Phosphorsäure (im 24 stündigen Harn) ein, ohne dass ein Anfall nachfolgt, aber nur dann, wenn die Anzeichen eines solchen vorhanden sind.

4. Bei den mitgetheilten Fällen von Hirntumoren erscheint die relative Phosphorsäure im Ganzen und gleichzeitig auch die an Erden gebundene vermehrt; letzteres deutet wahrscheinlich auf gesteigerte Auscheidung der Knochensalze.

5. In einem Falle mit paralytischen Erscheinungen nach Syphilis

ist der relative Werth der Phosphorsäure vermindert und steigt nach der Behandlung mit Jodkalium.

6. Bei Tabes dorsalis ist im Nacht- und Vormittagsharn, welcher am wenigsten von der Nahrung beeinflusst ist, der relative Werth der Phosphorsäure und des Kalium, ebenso wie die Glycerinphosphorsäure vermehrt. Auch der Kalk erscheint relativ vermehrt, was auch bei Fütterung mit grösseren Quantitäten von Nervensubstanz eintritt.

Im Allgemeinen stellt Verf. aus seinen Experimenten an Thieren und Beobachtungen am Menschen im Zusammenhang mit den entsprechenden Untersuchungen bei Fütterung mit Gehirnmasse folgende Sätze auf:

1. Bei einer Reihe von Zuständen, namentlich bei mechanischen Läsionen, bei gewissen pathologischen Veränderungen oder bei der intensiven Einwirkung gewisser depressorisch wirkender Nervina, die im Gewebe der Centralorgane des Nervensystems stoffliche Alterationen hervorbringen, wird die Zusammensetzung des Harns in spezifischer Weise verändert. Besonders tritt darin eine Stoffgruppe hervor, in welcher Stickstoff und Phosphorsäure in ähnlichen Verhältnissen gefunden werden, wie sie die entsprechenden Bestandtheile des Nervengewebes selbst darbieten. Ausser der lokalen ist auch die Glycerinphosphorsäure relativ wesentlich vermehrt; diesen Veränderungen correspondirt ebenfalls der relative Werth des Kalks.

2. Nach Fütterung mit Gehirnmasse ist die Harnqualität durch die gleichen Stoffgruppen charakterisirt.

3. In den bisher untersuchten physiologischen Depressionszuständen (im Schlaf etc.) ist die Harnqualität in derselben Richtung, wenn auch weniger hochgradig, alterirt.

4) Bei Excitationszuständen findet sich im Harn keine Stoffgruppe, wobei die Phosphorsäure in ähnlicher Weise stark vertreten ist; vielmehr ist dann der Harn immer relativ arm an Phosphorsäure sowohl an der totalen, wie an der gebundenen, und an Kalk.

Goldstein (Aachen).

---

354) **Theodor Rosenheim** (Berlin): Experimentelle Untersuchungen der unter dem Namen „Sehnenphänomene“ bekannten Erscheinungen unter möglichster Berücksichtigung von Versuchen am Menschen und pathologischer Beobachtungen. (Aus dem physiologischen Institut. Arch. f. Nervenkr. XV. 1. p. 184.)

Verf. bediente sich zur Entscheidung der *Ursache* und des *Characters* obiger *Phänomene* verschiedener electrischer Methoden. Zunächst benutzte er eine solche um die Latenzdauer des Kniephänomens zu bestimmen, im Verfolg der Versuche von Eulenburg und Gowers. Vermittelst eines sinnreichen Apparats wurde der *auslösende Schlag* und der *Beginn der Quadricepscontraction* auf *dieselbe* rotirende Trommel gezeichnet. Es sei zur Erklärung hier nur erwähnt, dass sowohl der *Percussionshammer selbst*, indem er ein auf der Patellarsehne befestigtes Staniolblättchen berührte, sowie die *Volumszunahme* des Oberschenkelmuskels, durch einen Gurt auf ein Hebewerk übertragen, je

einen Strom schlossen, der dann wieder eine Schreibfeder in Bewegung setzte. Durch diese ausserordentlich correcte Methode wurde eine Latenzdauer von 0,025—0,05 im Durchschnitt gefunden. Es stellte sich ferner Folgendes heraus: 1. Die Empfindlichkeit der Sehne für die Auslösung des Phänomens war an verschiedenen Stellen eine verschiedene, und zwar schien sie auf den seitlichen Theilen grösser zu sein. Je kürzer die Latenz war, desto grösser war auch der Ausschlag des Unterschenkels. 2. Unter übrigens gleichen Bedingungen war je kräftiger der Schlag, desto kleiner die Latenz. 3. Bei wiederholter Percussion derselben Stelle wurde die Empfindlichkeit derselben herabgesetzt. 4. Die Dauer der Latenz hatte nichts Characteristisches für eventuelle Schlüsse auf pathologische Verhältnisse. — Hauptsächlich aus dem Umstande, dass auch bei pathologischen Zuständen die Latenz nie unter 0,025 sank, sowie daraus, dass beim Kaninchen — wo also eine kürzere Reflexbahn vorhanden ist — bei Ausschliessung des psychischen Einflusses durch Abtragung des Grosshirns, die Latenzdauer sich mit grosser Constanz zwischen 0,02 und 0,025 Secunden hielt, schliesst Verfasser, dass die Dauer der Latenz mindestens nichts gegen die Reflexnatur des Kniephänomens beweist.

Es gelang dem Verfasser ferner, durch kräftige Reize des magneto-electrischen Rotationsapparates nach längerer Einwirkung desselben auf die Patellarsehne bei einer wegen ihrer Anästhesie dazu geeigneten Frau Contractionen des Quadriceps hervorzurufen. Es würde dadurch der Einwurf der Gegner der Reflextheorie in Frage gestellt: dass alle nicht mechanischen Reize nicht im Stande seien das Kniephänomen zu erzeugen, dass darum die durch Percussion hervorgerufene Muskelzerrung als Ursache wahrscheinlicher sei.

Langreuter (Dalldorf).

---

355) **C. Engelskyoen** (Christiania): Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der zwei electrischen Stromesarten und die electrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung. Eine schematische Uebersicht.
(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 1. p. 136.)

Die vorläufigen Mittheilungen, bestehend in 17 Thesen werden nicht verfehlen Epoche zu machen — wenn ihr Inhalt in der vom Verf. ausgesprochenen Bestimmtheit sich bestätigt. — E. hat gefunden, dass *electrischen Stromesarten* sich bezüglich der Einwirkung auf die Hautgefässe entgegengesetzt verhalten, indem der *faradische Strom* die *spastisch verengten Gefässe erweitert*, während der *galvanische Strom die activ erweiterten Gefässe verengt*. Es wurde dies bei lokaler Application *bei Gefässneurosen der Haut* constatirt. Ebenfalls erfolgte bei *centraler* Anwendung der Electricität immer nur durch Anwendung der *einen* Stromesart Heilung. Als comparative Versuche bei Hemicranie, bei centralen Neurosen, bei neurotischen Krankheiten (Cardialgie), ja sogar bei — nach dem klinischen Bilde — organischen Erkrankungen des Centralnervensystems angestellt wurden, ergab sich bei centraler Anwendung wieder ein therapeutisch entgegengesetztes Verhalten der beiden Ströme, indem im gegebenen Falle die *eine* Stro-

mesart *Heilung*, die *andere* dagegen *Verschlimmerung* erzeugte! Verf. spricht in Bezug auf den Erfolg von einer „*positiven*“ und „*negativen*“ Stromesart. Ist der Strom für eine vorliegende Erkrankung ein positiver, so erweitert sich das Gesichtsfeld und das Sehvermögen, ist er ein negativer, so tritt Einschränkung des Sehfeldes ein. Dies Verhalten der Netzhaut ist für die Auswahl des Stromes zu verwerthen, da die betreffende Wirkung augenblicklich eintritt.

Das kalte und das warme Wassar übt bei allgemeiner Einwirkung auf das Hautorgan im gegebenen Falle dieselben therapeutischen Wirkungen aus, indem das kalte Wasser dem Galvanismus, das warme Wasser dem Inductionsstrom ähnlich wirkt. So kann also die für den speziellen Fall passende Stromesart das einzuleitende entsprechende balneologische Verfahren anzeigen, wie man auch umgekehrt aus dem Effekt der Kalt- oder Warmwassercur auf den anzuwendenden Strom schliessen kann.

Bei der weittragenden Bedeutung der obigen — hier nur in den Hauptzügen wiedergegebenen — Untersuchungsresultate darf man auf die vom Verfasser versprochenen ausführlichen Mittheilungen gespannt sein. Langreuter (Dalldorf).

---

356) **J. Hoffmann** (Heidelberg): Ein Fall von acuter aufsteigender Paralyse. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 1. p. 140.)

Eine 36 jährige Taglöhnerfrau erkrankte an einer aufsteigenden Lähmung: zuerst Schwäche in den Beinen, Parese der oberen Extremitäten, dann rasch fortschreitende Lähmung einschliesslich der Gesichts- und Schlingmuskeln. Tod nach ca. 3 Wochen an Respirationslähmung. Von Sensationsstörungen war nur vorübergehendes Ameisenkriechen vorhanden. Es bestand keine Atrophie. Muskeln und Nerven verhielten sich sowohl gegen den galvanischen wie faradischen Strom normal, mit Ausnahme des Nerv. fac. dext., dessen Erregbarkeit gegen den Inductionsstrom herabgesetzt war. Der Krankheitsverlauf war fieberlos, so dass der ganze Fall als Landry'sche Paralyse angesprochen wurde. Die Sektion ergab geringendige Myelomeningitis und Bulbomeningitis — in der Medulla hauptsächlich in den Strickkörpern und Pyramiden, im Rückenmark in allen weissen Strängen. Die graue Substanz zeigte aufgedunsene Ganglienzellen. Der hervorstechendste Befund in der weissen Substanz waren auffallend (bis auf das 10 fache Volum) gequollene Axencylinder. Muskeln und Nerven erwiesen sich intakt. Langreuter (Dalldorf).

---

357) **Moritz Rosenstein** (Breslau): Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes dorsalis. (Arch. f. Psych. und Nervenkr. XV. 1. p. 72.)

Die bereits im Januar 1883 fertiggestellte Arbeit vermehrt die ungünstige Statistik der obigen Operation. Es wird die ausführliche Krankengeschichte eines 41 Jahre alten Tabikers (im vorgeschrittenen Stadium) mitgetheilt. Auf sein eigenes dringendes Verlangen wurden an dem Kranken „in einer Sitzung“ beide Ischiadici gedehnt. *Tod nach 4 Wochen* in Folge profuser Eiterung der einen Wunde, nach raschem Kräfteverfall.

Wegen der schweren Wundkrankheit des Pat. konnte ein etwa stattgehabter Einfluss der Operation auf die Ataxie nicht festgestellt werden, es wurde indessen eine *Abnahme der Analgesie* und eine geringe *Besserung des Muskelgefühls* constatirt. Dagegen waren *heftige bohrende Schmerzen* in beiden untern Extremitäten aufgetreten. — Die Section bestätigte zunächst die Diagnose. Aus dem detaillirten Berichte der anatomischen Untersuchung geht hervor, dass unzweifelhaft *auf die Dehnung zu beziehende pathologische Veränderungen*, weder im Rückenmark, in den vorderen und hinteren Wurzeln, noch in den Ischiadici selbst gefunden wurden. — Die Schlussbemerkungen der Arbeit beziehen sich auf die Frage der *Systemerkrankung* bei Tabes. Verf. plaidirt *dafür* auf Grund der in seinem Falle beobachteten characteristischen Vertheilung der Degenerationsfelder in den mikroscopischen Schnitten. — Es bleibt hervorzuheben, dass die Pia des Rückenmarks vollständig intact war, wesshalb eine etwaige meningitische Ursache der Degeneration der Hinterstränge ausgeschlossen werden konnte.

Langreuter (Dalldorf).

---

358) **Hegar** (Freiburg): Die Rückenmarksdehnung. (Volkmann's klin. Vortr. Nro. 239. Leipzig 1884. pag. 16.)

Verf. hatte bei nervösen Frauen die Erfahrung gemacht, dass eine Reihe von Erscheinungen, die nach seiner Ansicht vom Lendenmark ausgehen — wie Kreuzschmerz, Neuralgieen und Hyperästhesieen im Verlaufe des Ileoinguinalis, Genitocruralis, ausstrahlende Schmerzen der Beine, Zustände der Halblähmung u. s. w. — nach einem Trauma oder länger fortgetetzter körperlicher Arbeit entstanden waren. Einmal war heftiger Kreuzschmerz aufgetreten unmittelbar nach starkem Bücken. Ueberhaupt ist Vorwärtsbeugung des Rückgrats diejenige Bewegung, nach welcher am häufigsten Schmerzempfindung im Rücken und Kreuz anftritt. Gewöhnlich denkt man hierbei an eine Zerrung, auch Zerreissung oder bei öfterer Wiederholung an Uebermüdung der Muskeln, an eine Dehnung der Bänder; das mag oft richtig sein, jedenfalls nicht immer. Verf. glaubt an eine directe mechanische Betheiligung des R.-M. und der Nervenwurzeln und beweist diese Ansicht durch Experimente an der Leiche. Bei mässiger Beugung der W. S. verlängert sich die Dura um 4, bei starker um 5,6%; am R.-M. wurden 4,9 bez. 6,8% gefunden. Das R.-M. und seine Hüllen werden bei der Vorwärtsbeugung der W. S. über die hintere Fläche der Wirbelkörpers wie über eine Rolle gespannt, gedehnt. Der Sack der Dura wird dabei in die Länge gezogen und abgeplattet; in Folge dessen strömt Arachnoidalwasser nach dem Gehirn und setzt dieses unter höherem Druck. Vielleicht werden auch die Gefässe der Pia spinalis comprimirt, theilweise entleert.

Das nähere über die Technik und ihre Modificationen ist im Original nachzulesen; ebenso die Hypothesen über die Nachtheile vernachlässigter wie übertriebener Körperbewegungen.

Erlenmeyer.

---

359) **C. Westphal** (Berlin): Ueber einen Fall von sog. spastischer Spinalparalyse mit anatomischem Befunde, nebst einigen Bemerkungen über die primäre Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 1. p. 224.)

Ein 38 jähriger hereditär nicht belasteter Kutscher, vor 5 Jahren syphilitisch ohne Secundärerscheinungen, bemerkte als erstes Symptom der eintretenden Erkrankung ein Gefühl von Steifigkeit der unteren Extremitäten, das während des Urinirens eintrat. In der Folge stellte sich ein: zunehmende spastische Parese der Beine (Schleuderbewegungen), spontane Zuckungen, erhöhte Sehnenphänomene. Tastsinn nahezu normal. Temperatursinn an den unteren Extremitäten herabgesetzt. Zugleich daselbst etwas erhöhte Schmerzempfindung. Muskelgefühl sehr leicht betroffen. Faradische und galvanische Erregbarkeit von Nerven und Muskeln normal. — Nachdem der Zustand ungefähr 4 Jahre lang ziemlich stationär geblieben war, trat im Juli 1880 innerhalb einiger Tage Lähmung des rechten Armes ein. Zugleich entwickelte sich nach vorübergehender Erregung psychische Indolenz und Incohärenz, dann heftiger Kopfschmerz und Erbrechen. Tod 4 Wochen nach der Lähmung des Armes. — „Die Diagnose war bei Lebzeiten auf eine multiple Degeneration des Rückenmarks, oder auf eine der Formen combinirter Erkrankung einzelner Stränge gestellt worden, wobei indess die Möglichkeit einer isolirten Degeneration der Seitenstränge (resp. der Pyramidenbahnen) vorbehalten bleiben musste.“ Beim Eintritt der Enderscheinungen wurde ein Uebergreifen der multiplen Degeneration auf das Hirn angenommen.

Bei der Section wurde ein encephalomalacischer Process gefunden, der in der linken Hemisphäre die ganze Balkenstrahlung und einige Parthien des Hinterhauptlappens, in der rechten nur eine beschränkte Stelle des Hinterhauptlappens ergriffen hatte. Die mikroscopische Untersuchung des Rückenmarks ergab eine *Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahnen* in ihrem ganzen Verlauf und eine *Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen*, welche vom untern Theil der Halsanschwellung sich nach abwärts erstreckte. Zugleich bestand eine *Entartung der Goll'schen Stränge* des Hals- und oberen Brustmarks, und zwar so, dass nur die vorderen und hinteren Parthieen ergriffen waren, dass also eine gesunde Stelle zwischen den kranken Parthieen blieb. Die graue Substanz erwies sich intact. W. findet in dem mitgetheilten Fall eine Bestätigung seines bereits früher aufgestellten Satzes: dass das klinische Bild der „*spastischen Spinalparalyse*“ entstehen kann bei *Erkrankung der Seitenstränge* in verschiedener Ausdehnung *in Verbindung mit Erkrankung der Hinterstränge*, wenn letztere nicht bis in den Lendentheil herabreicht.

Es könne hier von einer secundären Degeneration des Rückenmarks — abhängig von dem gefundenen Gehirnprozess — wegen des klinischen Verlaufs nicht die Rede sein.

In dem Schluss seiner Arbeit erörtert W. die „isolirte primäre Affection der Pyramidenseitenstrangbahnen“ und die Einwürfe der

Gegner. Die allgemeine Paralyse der Irren sei die einzige Krankheit bei der eine derartige Veränderung bisher mit Sicherheit nachgewiesen sei. Langreuter (Dalldorf).

---

360) **Fabre** (Hôtel Dieu de Marseille): De l'action multiple des néphrites sur le coeur et par le système vaso-moteur, sur la circulation capillaire. (Gazette des hôpitaux 1884. Nro. 10, 12, 15.)

Wie etwa im Gefolge von Magenkrankheiten nervöse Erscheinungen auftreten, so führt Fabre, mit Bezugnahme auf einen vorgestellten Krankheitsfall, aus, haben auch Nierenentzündungen Erkrankungen des Nervensystems zur Folge, die sich hauptsächlich auf das Herz und die vasomotorischen Nerven beziehen und von der Urämie vollständig unabhängig sind. Speziell beziehe sich das auf die Haut, wo „durch Contraction des Capillarnetzes eine Abkühlung zu Stande kommt, deren höchster Grad die Algidität ist.“ Der Thermometer zeigt dabei an der Haut eine um mehrere Grade niedrigere Temperatur, als bei Gesunden, 5^0 und vielleicht mehr. Diese Kälte sei hauptsächlich an den Armen und Händen oder überhaupt den Extremitäten localisirt, könne sich aber auch in geringerem Grade über den ganzen Körper erstrecken, auch auf die inneren Organe, so dass z. B. während einer intensiven Lungenentzündung bei einem Nephritiker die Körpertemperatur nur 36^0 betrug. Diese Abkühlung könne selbst tödtlich werden.

Auch die bei Nephritikern häufig zu beobachtende Dyspnoe ohne physicalisch oder durch die Obduction nachweissbare Störungen bezieht F. auf Gefässcontraction in den Lungen.

Die Oedeme der Nephritiker bezieht er gleichfalls auf Veränderungen der vasomotorischen Nerventhätigkeit. In dem vorgestellten Falle z. B. war nur die obere Extremität ödematös geschwollen. (Die Untersuchungen von Spankowski haben gezeigt, dass Oedem ohne nervöse Störungen nicht experimentell darzustellen ist, was für die Richtigkeit von Fabre's Anschauungen sprechen dürfte. Ref.)

Buch (Helsingfors).

---

361) **Arnold** (Baltimore): Ein Fall von traumatischer Ataxie. (The journ. of nerv & ment. disease. 1. 1884.)

Ein 23 jähr. Mann war vom Deck eines Schiffes gefallen. Man fand ihn auf dem Rücken liegend. Er klagte über Schmerzen im Rücken und war unfähig, sich auf den Füssen zu erhalten. Keine äussere Verletzung. Nach einer Woche konnte Pat. mit Hülfe eines Stockes gehen. Als er 6 Wochen später in das Hospital aufgenommen wurde, fand man hochgradige Ataxie der unteren Extremitäten bei wohl erhaltener grober Muskelkraft, Fehlen des Kniephänomens, Unfähigkeit bei geschlossenen Augen zu stehen. Sensibitiät intact. Sphincteren, obere Extremitäten unbetheiligt. Klagen über geringen Schmerz in der Sacrolumbalgegend. Wirbelsäulenläsion nicht nachzuweisen. Kron (Berlin).

---

362) **Magnus Blix**: Ett enkelt förfaringssätt att bestämma Muskelsinnets skärpa. (Einfaches Verfahren zur Bestimmung der Feinheit des Muskelsinnes.) (Upsala läkareföreningens förhandlingar. 1884. H. 2.)

Verf. befestigt an der Wand einen Bogen Papier und lässt den zu Untersuchenden mehrere Mal hintereinander mit einer Bleifeder einen vorher markirten Punkt berühren, abwechselnd mit offenen und mit geschlossenen Augen. Die Abstände der bei verschlossenen Augen getroffenen Punkte vom Zielpunkt werden gemessen und das Mittel aus denselben notirt. Dann lässt Verf. die Versuchspersonen sich fleissig im Treffen üben und wiederholt dann den Versuch. Durch Uebung wird die Treffsicherheit, also die Feinheit des Muskelsinnes, beträchtlich erhöht.

Auf diese Weise erhielt er von 9 gesunden Personen folgende Zahlen vor und nach gewonnener Uebung (die letzteren fett gedruckt) in Millimetern: 26.7, **16.4**; 14.5, **13.5**; 21.2, **10.8**; 16.8, **11.8**; 17.7, **14.6**; 14.2, **15.6**; 17.5, **11.5**; 25.5, **13.6**; 45.2, **22.4**.

Für andere Muskelgruppen kann das Verfahren natürlich leicht modificirt werden. B u c h (Helsingfors).

---

363) **M. Slucki**: Ein Fall von durch Hallucination bedingter Aphasie (Russisch im Archiv Psychiatrii, Neurologii 1884 Bd. III. H. 3.)

Ein 13 jähriger Knabe jüdischer Abstammung ging eines Tages durch einen zur russischen Kirche gehörigen Platz und bemerkte daselbst einen hohen Mann, der ihm mit der Faust drohte. Heftig erschrocken, lief er davon. Als er des Nachts im Vorzimmer seines Herrn sich zu Bett legte, kam ihm dieselbe Erscheinung (mit langem Bart) zu Gesicht, wobei er noch heftigeres Herzklopfen und Athemnoth empfand. Als er am nächsten Morgen aufstand, konnte er kein Wort mehr sprechen; ob er es schon in der Nacht nach der Hallucination nicht konnte, war nicht zu ermitteln, da der Knabe damals keinen Versuch machte; auch empfand er keine Veränderungen in sich am Morgen, bis er zu sprechen versuchte. Im Hospital aufgenommen zeigt P. keine bemerkenswerthen Abnormitäten an den inneren Organen. Geringe Anämie; Bruder ist epileptisch. Die Bewegungen der Lippen, Zunge sind frei; das Gesicht ist intelligent, äussert Verwunderung, zuweilen auch um Hilfe flehend. Sprachvermögen vollständig vernichtet; P. versteht jedoch die an ihn gerichteten Fragen, die er mimisch verständig beantwortet. Agraphie besteht nicht: P. schreibt seinen Namen nieder, auch Ziffern und Buchstaben, mehr lernte er nicht schreiben. Ebenfalls versteht er Gedrucktes: so findet er im Gebetbuche das verlangte Gebet heraus. — In der nächsten Nacht während des Aufenthaltes im Krankenhause dieselbe Gesichtshallucination: eine hohe Gestalt mit grossem schwarzen Barte, die ihm mit der Faust drohte; dabei war sich P. des jetzigen Aufenthaltes wie auch seiner Umgebung völlig bewusst. In der dritten Nacht hörte ein nächstliegender Kranker und ein Wärter den Pat. folgende Worte sprechen: „Was willst Du von mir? Lass mich in Ruh!“ Als jene zusprangen konnte der

Knabe nichts mehr sprechen, war blass und erklärte mit Zeichen, dass der „schwarze Mann“ wieder dagewesen ist. — P. blieb 14 Tage in Beobachtung, ohne dass sich der Zustand im Geringsten geändert hatte. Als er von seiner Mutter fortgenommen zu einer Wunderfrau geführt wurde, die ihm einen Stein vom Herzen herunter gleiten liess, stellte sich das Sprachvermögen wieder ein. Der Knabe blieb gesund und erzählte nun dem Verf. die Einzelheiten, die er übrigens vorher schon mimisch dargebracht hatte.

Verf. nimmt an, dass die durch Schreck erregte Gesichtshallucination eine functionelle motorische Aphasie bedingt hat. Die Halucination wurde gewöhnlich des Nachts hervorgerufen, die Aphasie blieb unverändert über 14 Tage und wurde durch heftigen psychischen Einfluss geheilt. Es werden Fälle von Kussmaul citirt, in denen Schreck eine momentane Sprachstörung oder auch Wiederherstellung des beeinträchtigten Sprachvermögens verursacht hat. Der vom Kranken ausgesprochene Satz: Was willst Du von mir? Lass mich in Ruhe! wird als affective Sprache im Erregungszustande, die oft bei Aphasischen vorkommt, betrachtet. Rosenthal (Warschau).

---

364) **M. Mendelssohn:** Ueber die electrische Reaction der sensiblen Hautnerven bei Tabikern. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1884. Nro. 7.)

Es hat bekanntermassen seine grossen Schwierigkeiten, eine Bestimmung der qualitativen und quantitativen Wirkung des electrischen Stromes auf die sensiblen Nerven zu treffen. Michaelis u. Volta, Pflüger, Hallsten haben dieselbe an Thieren versucht. An Menschen constatirte Erb vermittelst der polaren Methode eine vollkommene Congruenz der Erregungsgesetze bei den motorischen, wie sensibeln Nerven, de Watteville bestätigte dieselbe. Auch Verf. überzeugte sich bei gesunden Menschen, dass das Erregungsgesetz bei den sensiblen Nerven dem motorischen analog sei.

Ka SE > An SE. E = Empfindung statt Z = Zuckung der bekannten Formel.

An SE > An OS u. Ka OE.

An OE = Ka OE.

Das Vorwiegen der An OE über Ka OE (wie beim motor. Nerven) konnte er nicht constatiren.

Die Versuche an kranken Menschen bezogen sich auf Tabiker aus Charcot's Klink; bei den meisten dieser 34 Kranken dauerte die Tabes bereits mehrere Jahre und hatte das Ende der zweiten Periode erreicht. 21 boten Sensibilitätsstörungen; von diesen zeigten 9 abnorme electrische Reaction, so dass An OE > Ka SE, beim Oeffnen des Stromes war An OE = Ka E, 2 Kranke fühlten gar keine Empfindung. Häufig war bei Ka S ein Stechen vorhanden, während bei An S ein Brennen percipirt wurde.

Diese der Entartungsreaction analogen Reactionen bei wahren Tabikern hängen höchst wahrscheinlich mit den anatomischen Veränderungen der Hautnerven, wie sie von Westphal und Déjerine beschrieben sind, zusammen. Goldstein (Aachen).

---

365) **Justus Andeer** (München): Das Resorcin als schmerzstillendes Mittel. (Aerztl. Intelligenzblatt 1884. Nro. 10.)

Die Haut von Fröschen, die einer genügenden Resorcinwirkung unterworfen war, erwies sich unempfindlich gegen mechanische, elektrische und anderweitige Reize. Diese Resorcinempfindlichkeit tritt auch bei Warmblütern auf, sobald die Haut durch irgend eine Störung ihres natürlichen Verhaltens Anlass zu unangenehmen Reiz- und Schmerzempfindungen gibt. Ja auch für die Schleimhaut des thierischen Körpers hat dies seine Geltung: jeder Resorcineinfluss hat darauffolgende Unempfindlichkeit, Anodynie und Anästhesie, zur Folge, wenn die Schleimhaut krankhaft gereizt wird. Verf. führt zum Beweise einige Fälle, namentlich von heftigen Koliken, an.

Goldstein (Aachen).

---

366) **R. Stintzing** (München): Mittheilungen aus der Klinik des Herrn Obermedicinalrathes Prof. Dr. v. Ziemssen. II. Krankheiten des Nervensystems. (Aerztl. Intelligenzblatt Nro. 25, 29 u. 34. 1883.)

A. Allgemeine Krämpfe aus unbekannter Ursache.

Poler Pietro 30 J alt, aus Trento wird völlig bewusstlos unter heftigen allgemeinen Krämpfen in die Klinik aufgenommen. Stat. praes. den 23. Novbr. 1880 ergibt Gesicht geröthet, cyanotisch, Pupillen eng reactionslos. Starrer Blick, Bewusstlosigkeit. Krämpfe vorwiegend tetanischer Natur, länger anhaltender Tetanus d. Extremitäten, seltener allgemeiner Tetanus, häufig Opisthotonus bei vollständigem 30—60 Secunden dauernden Stillstand der Athmung; seltener Emprosthotonus und Andeutungen von Pleurosthotonus. Anhaltende Contraction der Kaumuskeln (Trismus), wobei sich der Masseter bretthart anfühlt, sind häufig. Nystagmus. Hautreflexe fehlen. Einige Stunden später in den Anfallspausen Spuren von Bewusstsein, Pat. trinkt Wasser, Erbrechen von Flüssigkeit. Leiseste Berührung der Magengegend, sowie Druck auf die Nierengegend löst opisthotonischen Krampf aus. Puls verlangsamt (48—56), Temp. Abends im Rectum 36,6. Abends 11 Uhr gibt Pat. an, nichts zu sehen, klagt über Schmerzen im Magen. Vergiftung in Abrede gestellt. Zustand dauert unverändert einige Tage fort. Opthalmoscopische Untersuchung am 26. ergibt beträchtliche Verengerung der Arterien im Augenhintergrunde. Pat. ist aus dem Bette gestiegen — $^1/_2$ Stunde später heftiger Anfall von $1^1/_2$ Stunden Dauer mit Opisthotonus, Pleurosthotonus, Hin- und Herwerfen des Kopfes, Zähneknirschen, Zwangsstellung des Bulbi, Stillstand der Athmung. Im Urin dauernd kein Eiweis. Ein während der folgenden Tage angestellter Simulationsversuch ergibt Amblyopie des linken und herabgesetzte Sehkraft des rechten Auges. Am 13. Dezbr zum ersten Male etwas Eiweis und Blut im Harne, nach einigen Tagen verschwunden, Anfälle werden seltener. Nach 2 Monaten (am 23. Januar) musste Pat. auf Requisition seiner Heimathsbehörde entlassen werden. Während der letzten 4 Wochen kein Anfall. Benehmen eigenthümlich; sonderbare Einfälle, von denen man nicht recht wusste, ob sie als Originalität, Simulation oder Verrücktheit zu deuten waren. Zuweilen melancholisch.

Es handelt sich im vorliegenden Falle im Wesentlichen um intensive, allgemeine Krämpfe tonischen Characters mit Bewusstseinsstörung, aufgehobener Reflexerregbarkeit und hochgradigen Sehstörungen ohne nachweisbare Ursache. Die paroxysmenweise auftretenden Spasmen verlieren sich und hinterlassen keine Lähmung, wohl aber psychische Störungen, vorausgesetzt dass diese nicht schon vorher bestanden. Epilepsie, Chorea, Hysterie, Uraemie sind auszuschliessen. Am meisten erinnert das Bild an Tetanus, wiewohl auch merkliche Unterschiede von dem typischen Bilde desselben sich erkennen liessen. Verf. fasst daher den Fall als bisher noch nicht beschriebene Affektion auf, ohne dass er im Stande war, die Läsion eines bestimmten Theiles des Centralnervensystems als Ursache des gesammten Symptomencomplexes auszusprechen. Vielleicht lag eine Reizung des Krampfcentrums (Nothnagel) vor, ausgelöst durch Circulationsstörungen die sich auf Gefässerkrankungen an der Gehirnbasis (nach dem ophthalmoscop. Befunde) zurückführen liessen.

B. Tumor cerebri. Amblyopie. Neuroretinitis. Hämorrhagien der Retina. Letal.

Pat. (28 jähr. Mann) gab an seit eingen Monaten an heftigem Kopfweh zu leiden. Seit 14 Tagen Beeinträchtigung des Sehvermögens links. Ophthalmoscopischer Befund ergab starke Schwellung des Sehnervenkopfes beiderseits, Papillargrenzen verwaschen. Punktförmige Hämorrhagien der Netzhaut. — Nach einigen Tagen Erbrechen, Anfälle von Tremor der linken Körperhälfte, Benommenheit des Sensorium. Etwa 14 Tage später völlige Bewusstlosigkeit, Cyanose, Stillstand der Athmung. Tod.

Sektionsbefund: Myxosarkom des linken Streifenhügels. Die Geschwulst hat von vorne nach hinten einen Durchmesser von fast 7 Ctm. u. reicht noch theilweise in den Sehhügel hinein.

C. Thrombose der Arteria basilaris und der Arteria fossa Sylvii. Doppelseitige Paralyse. Aphasie, letal.

Eine 32 Jahre alte Kindsmagd, seit 13 Jahren leidend, Cholera, Gelbsucht, Gelenkrheumatismus etc. hat seit einigen Wochen Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindelgefühl; am 7. Dezbr. mehrstündige Bewusstlosigkeit. Nachher Aphasie und Lähmung der rechten Körperhälfte. Am 8. aufgenommen zeigt sie r. Pupille weiter als linke, Mund nach links verzogen, Zunge weicht nach rechts ab. Extremität rechts mässig paretisch, Tast- und Schmerzempfindung rechts herabgesetzt, Sprache schwerfällig. Am 10. vollständige Aphasie. Am 11. auch die linke Körperhälfte gelähmt. Am 12. complete Bewusstlosigkeit, Reflexe erloschen. Schlingen gestört. Nystagmus. Am 13. H. R. U. Dämpfung, T. 39,6. Sensibilität = Null. Abends Tod.

Klinische Diagnose: Bluterguss im Gebiet der Art. foss. Sylv. in die linke Grosshirnhemisphäre. Später Nachblutung in die linke Hemisphäre mit Durchbruch in die beiden Seitenventrikel oder spontaner Bluterguss in die rechte Hemisphäre; vielleicht auch Hämorrhagie in die Brücke oder in den 4. Ventrikel.

Leichendiagnose: Thrombose der Art. basilaris und der Art. foss. Sylvii sin. Hirnödem. An der Hirnbasis Arterien atheromatös.

D. Embolia cerebri. Endocarditis chron. Hemiplegia dextr. geheilt.

20 jähriger Mann, seit 3 Wochen vorübergehende Lähmung im rechten Bein, Sprachlähmung von 10 Minuten Dauer mehrere Male. Am 29./1. Morgens plötzlich Lähmung der rechten Körperhälfte und Aphasie. Letztere und Facialislähmung verschwinden bald. Potator, nicht luetisch. Nichtconstantes systol. Geräusch an der Aorta. Pat. nach 14 Tagen von seiner Lähmung geheilt, entlassen. Bettruhe. Eisblase auf Kopf.

Es handelte sich hier um eine Embolie der l. Art. foss. Sylvii.

E. Neurasthenia cerebralis. Hypochondrie.

B. J., 30 J., vor 5 Wochen Schmerzen an den Schulterblättern und in der Achsel, ausstrahlend bis auf Hinterkopf. Kopfschmerz vorwiegend rechts, allgemeine Hyperästhesie. Anfangs wurde Tumor cerebri vermuthet. Zustand blieb aber durch viele Wochen unverändert. Besserung in Folge eines 4 Wochen lang im Nacken applicirten Haarseils. Vielleicht handelt es sich hier um eine fluxionäre Stauungs-Hyperämie der Hirnhäute.

F. Einseitige Glossoplegie mit Lähmung des Lingualis und partieller Facialis-Parese aus gemeinsamer peripherer Ursache.

P. W., 31 Jahre alt, vor 10 Tagen Anschwellung der Backe, Extraction eines Backzahnes am l. Oberkiefer, wobei Verletzung der Wange, Tags darauf Schmerzen in der Zunge, Abends Unbeweglichkeit derselben, Schluck- und Sprechbeschwerden.

St. pr. R. Nasenflügel nach rechts etwas verzogen, r. Mundwinkel steht etwas höher als linker, Pfeifen unmöglich. L. Submaxillardrüse druckempfindlich, hart und geschwollen. Linke Hälfte des Zungengrundes sehr druckempfindlich. Sprache näselnd, Articulation erschwert. Uvula etwas geschwollen, nach links verzogen, an der hinteren Backenwand blutig-schleimiger Belag. Geschmacksempfindung auf der vorderen Parthie der l. Zungenhälfte aufgehoben. In der Schleimhaut der l. Wange eine zolllange Narbe. Elektrische Prüfung des Facialis ergibt unbedeutende Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Nerven, erhöhte galvano-musculäre Erregbarkeit bei normaler Zuckungsformel. Lähmungserscheinungen gehen nach wenigen Tagen zurück.

Es bestand in diesem Falle eine partielle Parese des Facialis, eine nahezu complete Lähmung des l. Hypoglossus mit Gefühls- und Geschmacksstörung auf der l. Zungenspitze, Störung der Articulation, des Schlingaktes und der Deglutition. Neben der (masticatorischen und articulirenden) *Glossoplegie* (Romberg) müssen wir aber für die Gefühls- und Geschmacksstörung auch die Betheiligung des Lingualis in Anspruch nehmen. Die Ursache obiger Störungen muss peripher sein, und unterhalb der Mündung der Chordafasern ihren Sitz haben. Die Schwellung der Glandula submaxillaris wird als Ursache angesprochen. Für die Facialis-Parese gibt die Wangennarbe

eine Erklärung, indem die betreff. Nervenzweige wohl direkt verletzt worden sein dürften.

G. Neuritis rheumatica im Plexus brachialis.

Ein 36 jähr. Schneider bekam 8 Tage vor seiner Aufnahme Schmerzen im r. Arm, von der Schulter nach dem Vorderarm ausstrahlend. Kopfschmerzen. Kein Fieber. Muskulatur des r. Armes schlaffer, wie links. Grobe Kraft im r. Arm und in der Hand vermindert. Taubes Gefühl, stärker auf der Radial- als auf der Ulnarseite. Untere Halswirbel und die beiden obersten Brustwirbel druckempfindlich. Ferner sind Druckpunkte in der Subraclaviculargrube, sowie an der Umschlagsstelle des N. radialis am Oberarm nachweisbar. Am 6. Tage konnte Pat. nahezu geheilt entlassen werden. Behandlung: Morphiumeinspritzungen, Watteeinwickelung und absolute Ruhe.

Verf. hält den Fall für eine acute Neuritis, durch Erkältung entstanden. Die Entzündung soll bis zur Wirbelsäule hinauf gereicht haben, vielleicht auch von hier aus ihren Ausgang genommen und sich bis zum Ellbogengelenk erstreckt haben. An dem Process betheiligte sich nur ein Theil der Nerven des Plexus brachialis, vorwiegend die Nn. radialis und medianus, ferner musculo-cutaneus und vielleicht der cutaneus brachii medianus. Goldstein (Aachen).

IV. Miscellen.

367) **Laufenauer:** *Die Selbstmordstatistik von Budapest.*
(Orvosi Hetilap. 1884, Nro. 8.)

In der ung. Metropole, ja sogar in der Provinz herrscht seit einigen Monaten eine veritable Selbstmordepidemie. Was insbesondere Besorgniss einflösst, ist, dass diese Epidemie selbst die *Schuljugend* ergriffen hat.

Aus einem Berichte, der die Selbstmordstatistik Budapest's von den J. 1876—1882 behandelt, erfährt man, dass Budapest unter den continentalen Städten bezüglich der Häufigkeit der Selbstmorde unmittelbar den Hauptherden Dresden, Leipzig und Hamburg folgt. Unter 100,000 Einwohnern endeten im Jahre 1880 durch Selbstmord: in Leipzig 57; in Hamburg 44; in Dresden 39: in Budapest 39. Ja, nach dem 1882-er Ausweis nimmt *Budapest* den dritten Platz ein. Seit dem Jahre 1874, der Zeit, wo die einschlägigen Daten genau ausgearbeitet wurden, ergiebt sich eine stete Zunahme der Selbstmorde, so dass die Hauptstadt Ungarns derzeit in den statistischen Ausweisen als Selbstmordherd figurirt. Nach dem 1883-er Ausweise erreicht die Zahl der Selbstmorde bereits 170, was beinahe dem hohem Procentsatz Leipzig's gleichkommt.

Bevor L. nach den Ursachen dieser überaus hohen Zahl forscht, führt er erst die Häufigkeit der Selbstmorde bei den Völkern Europas an, und da ergibt sich, dass bei den Ungarn relativ wenig Selbstmorde vorkommen. Natürlich bezieht sich dies nicht ausschliesslich auf den ungarischen Stamm, da auf dem Gebiete der Stefanskrone nahe 50% den Deutschen,

Slaven und Romanen angehören. Endlich ist auch die semitische Race in Betracht zu ziehen. Unter solchen Verhältnissen drängt sich nun die Frage auf, welche Momente sind es, die in der vorwiegend ungarischen Hauptstadt ein so hohes Selbstmordprocent herbeiführen? Als solche Momente sind zu erwähnen: 1. der Bildungsgrad der Einwohner; 2. die Religion, 3. die Moral, 4. allgemeine nationalökonomische Verhältnisse, 5. das Geschlecht, 6. das Alter, 7. die bürgerliche Stellung und Beschäftigung der Selbstmörder und endlich besondere individuelle disponirende Momente.

1. Betrachtet man die Selbstmordstatistik B.'s in Bezug auf dessen Kultur, so ergiebt sich, dass die Hauptstadt Ungarns im letzten Dezennium sehr bedeutende kulturelle Fortschritte gemacht und demzufolge auch die Zahl der Selbstmorde um ein Beträchtliches zugenommen hat. (Einen interessanten Beleg hierfür bildet unter anderen der Umstand, dass im Jahre 1870 die Zahl der Analphabeten 36, im Jahre 1880 nur 32% der Einwohnerschaft betrug.)

2. Die Budapester Daten bestätigen jene Annahme, wonach der Procentsatz der Selbstmorde in den protestantischen Ländern der höchste sei. In den Jahren 1882—83 waren nämlich Selbstmörder unter 10,000 Katholiken 6,31%, Reformirten, 11,54%, Evangelen 7,10%, Juden 4,98%.

Natürlich erklären diese Daten noch nicht die Zunahme der Budapester Selbstmorde; zu diesem Zwecke müsste man aus mehrjährigen vergleichenden Angaben eruiren, bei welcher Confession die meisten Selbstmorde vorkommen. Aller Wahrscheinlichkeit nach nehmen in Budapest die Selbstmorde bei allen Confessionen zu. Hiefür zeugen die Confessionsausweise der in den Jahren 1882—83 in die Sektionskammer überführten Selbstmörder.

3. Als Maassstab der Moral werden im Allgemeinen die Verbrechen und die Zahl der illegitimen Geburten angenommen. Diesbezüglich haben sich die Verhältnisse in Budapest entschieden verschlimmert. In diese Rubrik fällt auch die Trunksucht, die in der Statistik der Selbstmorde eine bedeutende Rolle spielt. Sie erzeugt einerseits Psychosen, die leichter den Entschluss zum Selbstmord heranreifen lassen, andererseits führt sie moralischen und materiellen Untergang herbei, wo der Tod als Erlösung winkt. Nach den letzten Ausweisen haben die Branntweinschänken trotz restringirender Verordnungen der Kommune zugenommen, so dass Verschärfung dieser Verordnungen dringend geboten erscheint.

4. Der Einfluss der national-ökonomischen Verhältnisse auf den Selbstmord ist sehr auffällig. Wiewohl Budapest in den letzten Jahren von Crisen verschont wurde, kamen doch unter den Kaufleuten und Industriellen viele Selbstmorde vor. Bei dem Aufschwunge des Handels und der Industrie hat auch die Konkurrenz unglaubliche Dimensionen angenommen; Budapest wetteifert mit den grössten Handelsemporien und ist auch der Fortschritt auf diesen Gebieten ein erfreulicher, so bleiben auch Fallimente und die hieraus resultirenden Selbstmorde nicht aus.

5. Im Jahre 1876 figurirten die Frauen noch mit einem Selbstmordprozent von 16; im Jahre 1882 stieg derselbe bereits auf 26,4. Ein Beweis dafür, dass bei den Frauen mit der Erweiterung der Erwerbsquellen auch die Zahl der Selbstmorde zunimmt.

6. Die häufigsten Selbstmorde wurden im Allgemeinen zwischen dem 40—60. Jahre vollführt. In Budapest betrug das Prozent unterhalb 20 Jahren 2; zwischen 20—30 Jahren 5; zwischen 40—50 4; zwischen 50—60 5. 6; über 60 Jahre 7. Dass die Jugend im letzten Decennium mit einem beträchtlichen Procent figurirt, zeugt dafür, dass sie heutzutage früher reift, resp. früher in den Kampf um's Dasein eingeführt wird, als es vermöge ihrer noch unentwickelten Hirnthätigkeit räthlich ist. Uebrigens nehmen die Selbstmorde unter den jungen Leuten in allen grösseren Städten zu. Als Ursachen hiefür werden angegeben: das heutige Erziehungssystem, das Sinken der Moral, die Prostitution, und der schädliche Einfluss der Zeitungsnachrichten. Viele beschuldigen das Lehrsystem, wonach der Intellekt früh entwickelt würde. L. ist nicht dieser Ansicht, vielmehr liegt die Schuld darin, dass die Kinder heutzutage viel zu früh in die Schule geschickt werden, mithin ruht der Fehler nicht im Lehrsystem, sondern im Material selbst. Die unmittelbare Ursache liegt im übermässigen Positivismus unserer Zeit, wodurch die idealistische Richtung ganz unterdrückt wird.

Bezüglich der Lebensstellung und des Berufes ist anzuführen, dass im Ehestande Lebende seltener durch Selbstmord enden, als Unverheirathete und Wittwen. Nach der Publication von Körösi starben durch Selbstmord in den Jahren 1879—82 unter 10000 Personen 91 Industrielle, 49 Beamte, 40 Kaufleute, 17 weibliche Dienstboten, 11 Taglöhner. Auffallend ist das unverhältnissmässig hohe Prozent der .Gewerbetreibenden und Beamten. Die Ersteren wurden in ihrer Existenz durch die stets anschwellende Maschinenindustrie gefährdet, die letzteren, insbesondere die subalternen Beamten sind zufolge ihres unzulänglichen Gehaltes dem Elend preisgegeben.

L. geht nun auf die individuell disponirenden Momente resp. auf die Pathologie der Selbstmorde über. Hier ist in erster Linie zu erwähnen, dass der Selbstmord in einer grossen Zahl der Fälle von Geisteskranken vollführt wird. Ferner ist zu erwägen, dass die Selbstmörder häufig solchen Familien entstammen, wo Psychosen und anderweitige Neurosen häufig vorkommen, mithin eine neurotische Belastuug obwaltet. Endlich verbleibt ein Bruchtheil jener Selbstmörder, die geistig vollkommen intact aus freiem Willen ihrem Leben ein Ende machten. Dieser freie Wille ist sehr schwankend, die geringste organische Störung vermag ihn zu alteriren, so dass der Betreffende nun was Anderes will als zuvor. Der freie Wille ist demnach nicht unabhängig, und ist er nur dann, wenn er einem gesunden Körper innewohnt. Es fragt sich nun, verfügt der Selbstmörder über freien Willen, oder handelt er unter der Einwirkung eines unwiderstehlichen Zwanges? Die letztere Frage kann getrost bejaht werden. Alle zum Selbstmorde disponirenden Momente rufen im Hirn solche pathologischen

Veränderungen herbei, dass sie den Selbstmord unbedingt nach sich ziehen.

Im verflossenen Jahre hatte Laufenauer Gelegenheit in das Gemüthsleben mehrerer, wegen Selbstmordversuch in's Spital gebrachter zu blicken. Der eine wurde direkt auf die Irrenabtheilung transferirt, die übrigen auf andere Abtheilungen. L. konnte sie nicht für geisteskrank halten; mehrere derselben genasen und sind derzeit geistig gesund, dessenungeachtet kann L. nicht behaupten, dass ihr Hirn nach jeder Richtug hin intakt sei. Eine in anthropologischer Hinsicht vorgenommene Untersuchung ergab, dass beinahe bei Sämmtlichen eine abnorme Schädelbildung und eine gesteigerte Reflexerregbarkeit nachweisbar war. Die pathol. Bedeutung dieser enormen Reflexerregbarkeit beruht hinwieder darin, dass bei der durch seelische Eindrücke hervorgerufenen Hirnhyperämie die Gedanken leicht zu Thaten werden, selbst dann, wenn zwischen Intention und Ausführung der That eine längere Zeit verstreicht. Möglich, dass dies nicht in allen Fällen so ist, doch gesetzt, dass die untersuchten Fälle letal geendet hätten, würden sie statistisch nicht so dargestellt werden, wie wenn die Betreffenden mit intactem Hirn ihr Leben ausgelöscht hätten? Diese Frage bedarf noch weiterer Untersuchungen, und wenn es auch fest steht, dass die Zunahme der Morde wesentlich durch die socialen Verhältnisse beeinflusst wird, so bleibt die Frage noch immer eine offene, ob die Selbstmörder geistig gesunde Menschen seien?

---

368) Dr. **Abbate-Pascha** hielt am 9. Mai in Alexandrien einen Vortrag über Morphiomanie in Egypten, und machte die Mittheilung, dass ganz besonders die „grands dames des harems" dem Abusus Morphii ergeben seien. (Phare d'Alexandr. 10. Mai 1884.)

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bunzlau, II. Arzt, M. 2400, freie Wohnung etc.

Besetzte Stellen. Sachsenberg i. M., Dr. Clauss, bisher II. Arzt, zum Director. Dr. Matusch in Dalldorf zum II. Arzt in Sachsenberg ernannt.

Offene Correspondenz.

Pr.-Docent Dr. Sch. in B. Nur Geduld! Ihre Arbeit verliert hoffentlich nicht an Werth dadurch, dass ein Referat über dieselbe nicht schon nach 8 Tagen erscheint. Wenn es Ihnen aber hier nicht schnell genug geht, so rathe ich entschieden zur Gründung eines „Dampf-Centralblattes für beschleunigte Massenverbreitung von „Original"-Referaten"; ich kann Ihnen eine sehr grosse Anzahl von Theilnehmern für ein solches Unternehmen namhaft machen.

Erlenmeyer.

Redaction: Dr. L. Goldstein in Aachen.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **15. Juli 1884.** **Nro. 14.**

INHALT.

I. Originalien. Bericht über die 9. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 14. und 15. Juni d. J. (Schluss.)

II. Referate und Kritiken. Löwe: Beiträge zur Anatomie und zur Entwicklungsgeschichte des Nervensystems der Säugethiere und des Menschen. Kahler: Das Centralnervensystem. Jonin: Ueber die Bedeutung des Linsenkerns. Kowalewsky: Zur Bedeutung des Nucleus caudatus. von Anrep und Cybulski: Zur Physiolgie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven. Langer: Eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung ohne anatomischen Befund. Langer: Apoplexie der Spinalmeningen. Langer: Cystenbildung am Nervus acusticus. Sommer: Zur Casuistik der Kleinhirnsclerose. Cornillon: Ueber diabetische Neuralgien. Langer: Veratrin beim chronischen Alcoholismus. Bourneville et Bricon: Behandlung der Epilepsie mit Sclerotinsäure. Rieger: Der Hypnotismus. Pick: Vom Bewusstsein in Zuständen sogenannter Bewusstlosigkeit. Hartmann: Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Link: Statistisch-casuistischer Bericht über die Irrenabtheilung des Kgl. Juliusspitals zu Würzburg für die Jahre 1873—1882 incl. v. Krafft-Ebing: Originärer Schwachsinn. Neurasthenie. Impulsive Brandstiftung. Gutachten.

III. Personalien.

I. Originalien.

Bericht über die 9. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 14. und 15. Juni d. J.

(Schluss.)

Vorsitzender der 2. Sitzung war Herr Hitzig.

Es sprachen:

8) Herr **Manz** *über angeborne Anomalien des Auges in Beziehung auf psychische Abnormitäten.* Der Vortr. wollte nur die wichtigsten der anatomischen Anomalien des Auges in Betracht ziehen, die functionellen Störungen (Pupillenweite u. s. w.) ausser Acht lassen. Er erwähnte besonders die Missfärbung (Heterochromie) der Iris, die Pigmentanomalien der Chorioidea (bes. Albinismus), das Colobom, die gesteigerte Excavation der Pupille, abnorme Gefässanordnung im Augenhintergrund u. s. w. Theils handelt es sich um Fehler der ersten

Anlage, theils um Producte fötaler Erkrankung (Chorioiditis, Retinitis etc.). Zwar sind die in Rede stehenden Veränderungen z. Th. schwer als pathologisch zu erkennen und von physiologischen Varietäten abzugrenzen, doch vermindert sich die Schwierigkeit dem geübten Untersucher, welcher eine Art normalen Typus sich gebildet hat. Die bisherigen Resultate der bez. statistischen Untersuchungen sind nicht glänzend. Da jeder Untersucher einen verschiedenen Standpunkt einnahm, bald nur diese, bald nur jene Veränderungen berücksichtigte, sind die verschiedenen Zahlen nicht vergleichbar. Bei seinen eigenen Untersuchungen hat der Vortr. die psychischen Abnormitäten in weitester Fassung berücksichtigt, besonders auch auf die neuropathische Belastung geachtet. Er hat bei psychisch Abnormen öfter Abnormitäten des Auges gesehen als bei Gesunden. Das Vorkommen jener ist nach seiner Ansicht nicht pathognostisch für psychische Alterationen, wohl aber im Verein mit andern Symptomen werthvoll für die Diagnose, bes. für die Erkenntniss psychopathischer Belastung.

9) Herr **Rumpf** a) *über einen neuen Apparat zur Prüfung des Tastsinnes.*

Der Apparat, welcher von Hering angegeben worden ist, besteht aus einer runden Metallplatte, auf welcher eine Anzahl Stäbe im Kreise stehen. Der erste dieser Stäbe ist ganz glatt, die folgenden sind mit verschieden dicken Drähten umwickelt. Der Tastsinn ist proportional der Fähigkeit, die Grade der Rauhigkeit dieser Stäbe zu unterscheiden. Bei der Untersuchung ist es zweckmässig, den Apparat auf 33° zu erwärmen. Der Vortr. hat den Apparat bei seinen Untersuchungen brauchbar gefunden und berichtet über einige seiner Ergebnisse.

b) *über einen Fall cerebrospinaler Syphilis.*

Der Vortr. demonstrirte Präparate von dem Rückenmarke eines syphil. Kranken, welcher an Hemiplegie gelitten hatte. Im Rückenmark fand sich ausser absteigender secundärer Degeneration des rechten Seitenstranges, eine von der Pyramide nach abwärts sich erstreckende Degeneration im linken Seitenstrange, eine Affection der Goll-'schen Stränge und im Lendenmark eine mehr diffuse, über einen grossen Theil des Querschnittes sich erstreckende Erkrankung. Mikroskopisch fiel hauptsächlich eine beträchtliche Verdickung der Gefässe mit Vermehrung der Kerne und Thrombose auf.

11) Herr **Möbius** *über periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung.*

Der Vortr. berichtete über einen Fall, wo bei einem 6 j. Mädchen jährlich ein 8—10 Wochen dauernder Anfall rechtseitiger totaler Oculomotoriuslähmung unter Augenschmerz und Erbrechen aufgetreten war. Er verglich seine Beobachtung mit denen von Hasner's und R. Saundby's und kam zu dem Schlusse, dass es sich wahrscheinlich um einen sehr langsam progressiven, in Schüben sich entwickelnden pathologischen Process in der Nähe des Oculomotoriuskernes handelt. Die Berechtigung, die periodische Oculomotoriuslähmung für eine cerebrale zu halten, leitete der Vortr. besonders aus dem Einsetzen der Lähmung mit Schmerz und Erbrechen ab. Es ist von vornherein unwahrschein-

lich, dass diese Symptome eine periphere Lähmung begleiten, und die Erfahrung ergiebt in der That, dass sie bei notorisch cerebralen Augenmuskellähmungen häufig vorkommen, bei peripheren fehlen. Dies wird begreiflich, wenn man sich der anatomischen Verhältnisse erinnert. Neben dem Oculomotoriuskern zieht die sog. absteigende Trigeminuswurzel nach abwärts. Nichts hindert anzunehmen, dass sie die sensibeln Fasern des Auges enthält und dass ihre Reizung Ursache des Schmerzes ist. Man könnte aber auch die zur Dura ziehenden Trigeminusfasern in ihr suchen und würde damit nicht nur für die die cerebrale Oculomotoriuslähmung begleitenden Kopfschmerzen, sondern auch für die Migräne und den Schmerz bei gewissen Hirntumoren eine einfache Erklärung gefunden haben. In allen 3 Fällen ist der Charakter des Schmerzes derselbe und ist der Schmerz von Erbrechen begleitet.

11) Herr **Tuczek** *über Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken.*

Der Vortr. hat an 2 die Nahrung verweigernden Irren sorgfältige Stoffwechseluntersuchungen angestellt. Im 1. Falle handelte es sich um eine 32 jähr. Verrückte, welche durch 23 Tage fastete, 8 Tage lang gar nichts, während der übrigen Zeit nur etwas Wasser aufnahm. Die andere Kranke war ebenfalls eine Verrückte, welche an Vergiftungsideen litt und öfters abstinirte. Sie fastete 28 Tage lang, genoss 14 Tage lang absolut nichts, die Harnstoffausscheidung sank bei ihr auf 9 Gr. in 24 Stunden. Genaue Tabellen und Curven veranschaulichten den Stoffwechsel während des Fastens, die Ausgabe an N, Cl, SO_3, PO_5. Die Menge des Harns nimmt anfangs allmälig ab, steigt dann langsam. Das specifische Gewicht steigt anfänglich mit der zunehmenden Concentration und vermindert sich erst später, um schliesslich wieder zuzunehmen. Indican war während des Absteigens nicht im Harn, es trat erst auf, wenn wieder N haltige Stoffe genommen wurden. Der Harn hat während des Fastens einen eigenthümlichen, acetonähnlichen Geruch, er enthält in der That Aceton. Im Allgemeinen ist die Eiweissmenge, welche der Körper während der Abstinenz abgiebt, gering. Die Gewichtsabnahme ist hauptsächlich auf den Wasserverlust zu beziehen. In practischer Hinsicht folgert der Vortr. aus seinen Untersuchungen, dass man die Abstinirenden durch Ruhe und Wärme vor grösseren Stoffverlusten schützen, nicht durch mechanischen Zwang zum Essen veranlassen soll.

12) Herr **Mommsen** *über experimentelle Untersuchung der Sehnenreflexe.*

Der Vortr. hat zunächst an Fröschen die Untersuchungen Schultze's und Fürbringer's über Sehnenreflexe wiederholt und die Resultate dieser Autoren bestätigt. Er hat ferner die betr. Reflexe bei Strychninvergiftung studirt und findet, dass alle gelungenen Versuche für die reflectorische Natur der Phänomene sprechen. Er bringt die Sehnenreflexe in nächste Beziehung zu dem Muskeltonus. Die Existenz des reflectorischen Muskeltonus wird bewiesen durch den Brondgeest'schen Versuch. Dieser Reflex wird aber nicht, wie

Brongeest wollte, von der Haut ausgelöst, sondern von den tiefen Theilen, wahrscheinlich den sensibeln Muskelnerven, denn der Brondgeest'sche Versuch gelingt auch am enthäuteten Präparat. Ist der Reflexapparat des Muskeltonus in gesteigerter Thätigkeit, so sind die Sehnenreflexe gesteigert, oder sie fehlen anscheinend wegen der tetanischen Muskelcontraction, nie sind sie normal. Sind die Reflexbahnen des Muskeltonus erhalten ohne abnorme Steigerung ihrer Thätigkeit, so sind auch die Sehnenreflexe normal, wenn nicht periphere Läsionen bestehen. Fehlt der Muskeltonus durch Unterbrechung des Reflexbogens, so fehlen auch die Sehnenreflexe. Muskeltonus und Sehnenreflexe gehen durchaus parallel, und handelt es sich hier um eine plötzliche Reizung der sensibeln Muskelnerven, dort um eine gleichmässige durch die Spannungsverhältnisse der Muskeln.

13) Herr **Schultze** a) *über traumatische Myelitis.*

Der Vortr. berichtete über einen Fall traumatischer Myelitis. Bemerkenswerth war, dass sich verschiedene Krankheitsherde in ziemlicher Entfernung von der Hauptläsion fanden. Sie waren mikroskopisch charakterisirt durch Quellung und Zerfall der Axencylinder, Exsudat um die Gefässe, Anhäufungen rother und weisser Blutzellen zwischen den Nervenfasern.

b) *über Deformitäten der Medulla spinalis.*

1. demonstrirte der Vortr. Präparate, welche von einem Falle von Spina bifida mit Meningocele stammten. Der Spalt setzte sich im Rückenmark fort und war da z. Th. durch neugebildetes Gewebe überbrückt.

2. zeigte der Vortr. Rückenmarkspräparate, an denen eine Verschiebung der grauen gegen die weisse Substanz auffällig war. Das Rückenmark gehörte einem gesunden Manne, welcher bei dem Heidelberger Eisenbahnunfall verunglückt war. Der Vortr. betont, dass man etwaige Krankheitssymptome nicht durch dergleichen Abnormitäten erklären dürfe.

Da die Zeit vorgerückt war, wurden die Verhandlungen abgebrochen. Zum nächsten Versammlungsort war wieder Baden-Baden, zu Geschäftsführern waren die Herren Schüle und Fürstner gewählt worden. M.

II. Referate und Kritiken.

369) **L. Löwe:** Beiträge zur Anatomie und zur Entwicklungsgeschichte des Nervensystems der Säugethiere und des Menschen.

Bd. I. Die Morphogenesis des centralen Nervensystems. Gr. Folio. Berlin, Dennike's Verlag 1880. X. 126 S. 18 Tafeln in Lichtdruck.

Bd. II. Lief. I. Die Histogenese und Histologie des Nervensystems nebst einem Anhange: Die Schädelwirbeltheorie. Ibidem. 1883.

Die Entwicklungsgeschichte der Centralorgane des Nervensystems hat im letzten Jahrzehnt durch His, durch Kölliker, durch Flechsig und Mihalkowics schönen und sicheren Ausbau erhalten.

Das vorliegende Werk von Löwe ist breiter angelegt, dringt mehr in das Detail ein als eines seiner Vorgänger, ohne desshalb die grossen allgemein morphologisch wichtigen und interessanten Fragen ausser Acht zu lassen. Neue morphologische Probleme werden mehrfach zur Discussion gestellt; an ihrer Lösung wird durch eine wirklich mustergültige Technik gearbeitet.

Löwe hat, wesentlich Schnittserien durch Kaninchenembryonen untersuchend, die Entwicklung des gesammten Hirns und Rückenmarkes in den Bereich seiner Arbeit gezogen. Gegenüber der Ansicht von Mihalkowics, welcher noch nach der allgemeinen Anlage einzelne Hirntheile, z. B. sein secundäres Vorderhirn *neu* entstehen lässt, bemüht sich der neueste Bearbeiter der Entwicklungsgeschichte des Centralnervensystems zu zeigen, dass schon sehr früh alle wichtigen Hirngebilde angelegt sind. Schnitte durch sehr nahe bei einander liegende Embryonen, Schnitte bei denen sehr exact auf die Lage der einzelnen Theile des Markrohres zu der Umgebung orientirend Rücksicht genommen wird, zeigen, dass kleine anscheinend unwichtige Fältchen, Krümmungen und Knickungen durch die verschiedenen Altersserien durch sich zu den wohl characterisirten Hirntheilen verfolgen lassen. Nach Löwe muss es als Fundamentalsatz für die Embryologie gelten, dass das scheinbar einfachste foetale Gehirn schon fast ebenso complicirt gebaut ist als das höchst entwickelte. Es kann sich aber dieser Satz doch wohl nur auf die allgemeine Formanlage, in keiner Weise aber auf den Verlauf der Faserung beziehen; diese ist, wie ein Blick auf Präparate auch relativ hoher Altersstufen lehrt, keineswegs präformirt, sondern entwickelt sich selbst in ihren Grundzügen recht langsam aus dem anfänglich morphologisch gleichförmigen Material. Für den Balken muss übrigens auch Löwe zugeben, dass er nicht präformirt angelegt ist; für die Pyramidenbahn, die Schleife und die vordere Commissur wird er seinen Satz wohl ebenfalls kaum aufrecht erhalten können.

Der Löwe'sche Satz soll wesentlich gestützt werden, soll wesentlich leichter zu beweisen sein durch ein weiteres Ergebniss seiner Studien. Es ist nämlich von vornherein die morphologische Anlage des gesammten Centralnervensystems in allen Querschnittsebenen principiell die gleiche indem der centrale Hohlraum des Medullarrohres überall besteht aus einem ventralen Spalt, einer Mittelausweitung und einem Dachdivertikel. Diese 3 Theile lassen sich auf allen Querschnittsebenen des embryonalen Medullarrohres nachweisen. Je nach der Lage zu ihnen lassen sich nun die Rückenmarks- und Gehirntheile deuten und in Homologie bringen.

Beispielsweise wird aus der mittleren Ausweitung im Rückenmark der Centralkanal, im Hinterhirn die Rautengrube, im Mittelhirn der Aquaeduct und im Vorderhirn die Seitenventrikel, wie das bereits auch allgemein angenommen wurde; der ventrale Spalt aber bleibt nur im Vorderhirn als untere Hälfte des Ventriculus tertius erhalten, an allen anderen Stellen werden die an ihn grenzenden resp. ihn verdrängenden Theile Homologa bilden. Auf diese Weise würden als

morphologisch homolog mit ihm aufzufassen sein: die vordere Commissur, die Raphe der Medulla oblongata, die Mittellinie des motor. Feldes der Haube resp. das nach unten gerichtete Divertikel des Aquaeductes. Die Tabelle, welche für die verschiedenen Hirntheile das zeigen soll, bringt aber Hirntheile zusammen, welche im ausgebildeten Organe so durchaus verschiedenwerthig sind, dass wohl mit Recht gezweifelt werden darf, ob durch solche Homologisirung etwas für die Erkenntniss des eigentlichen Gehirnbaues und namentlich der Auffassung der einzelnen Fasersysteme, auf deren Kenntniss es vor Allem beim Gehirn ankommt, gewonnen wird.

Eine wichtige Thatsache liegt in der Entdeckung Löwe's, dass die ganze Hirnbasis soweit sie später vor dem Ende der Chorda liegt ursprünglich Scheiteldecke, sodann Frontalwand des Medullarrohres ist, dass das Vorderhirn sich nach *oben* von den anderen Hirntheilen entwickelt.

Es ist gar nicht möglich an dieser Stelle auf die zahlreichen faktischen Bereicherungen, welche das von ungeheuerem Fleisse und völliger Beherrschung der Technik zeugende Buch enthält, einzugehen. Der erste Band enthält die Morphogenesis des centralen Nervensystems, ausserdem ein Kapitel über das Bindegewebe des Gehirns und einen vergleichend anatomischen Abschnitt. Er ist so angeordnet, dass auf den speciell beschreibenden Theil ein sehr eingehendes Resumé folgt, welches fortwährend auf die Tafeln Bezug nimmt und so das Studium sehr erleichtert. Die Tafeln sind prachtvoll in Photolithographie nach Originalien ausgeführt, die mittels des Sciopticons und der Photographie hergestellt wurden.

Sie sind klar und lehren besser und leichter was gezeigt werden soll, als der nicht gerade sehr concise und klare Text. Für jeden der selbstständig an die Untersuchung des embryonalen Gehirns herantritt, werden sie ausser dem hohen ihnen innewohnenden wissenschaftlichen Werth sich als den besten Führer, als der genaueste Berather erweisen, den er jetzt wählen kann.

Der zweite Band enthält die Histogenesis und die Histologie des Nervensystems, eine dritte Abtheilung, welche der Fibrogenese gewidmet ist, wird versprochen.

Die bereits vorliegende erste Lieferung des zweiten Bandes beschäftigt sich eingehend mit der *Histogenese des Rückenmarkes und der Wurzeln.* Die Neuroglia fasst Löwe als gleichsam indifferenzirtes Nervenmaterial auf, als eine Masse, aus der Axencylinder jederzeit herausgebildet werden können. Sie stammt vom Ectoderm. Alle Zellen aber in der *fertigen* Neuroglia sind mesodermaler Herkunft und mit den Gefässen in das Centralnervensystem gedrungen. Ebenso sind die Subst. gelatinosa und das centrale Höhlengrau ektodermal. An den ektodermalen Axencylinder des Rückenmarkes und der Nerven legen sich mesodermale Wanderzellen an, welche zur Schwann'schen Scheide und zur Markscheide werden.

Morphogenese und Histogenese der Kleinhirnrinde bilden den Inhalt des nächstfolgenden Capitels. Man könnte es auffällig finden, dass

auf den dann folgenden Blättern eine eingehende Darstellung der *Histiogenese der Retina* zu finden ist, im Wesentlichen eine erweiterte Wiedergabe der Angaben Löwe's in einer früheren Arbeit. Die Retina aber stellt wegen ihrer Gefässlosigkeit bei einzelnen Thieren ein Organ dar, an dem Cardinalfragen der Histiogenese des Centralnervensystems (Herkunft der Neuroglia etc.) so leicht und sicher entschieden werden können wie sonst an keiner anderen Lokalität. Löwe zeigt, dass die Neurologia, die Körnerschichten in Körnern und Radialfasern ektodermaler Herkunft sind. Die erste Lieferung enthält dann noch ein Kapitel über die Entwicklung des Riechkolbens und einen wesentlich gegen die Gegenbauer'sche Auffassung gerichteten Aufsatz: Die Schädelwirbeltheorie.

Referent kann diese kurze Anzeige nicht schliessen, ohne des Verlegers, dessen Liberalität wir ein so prachtvoll ausgestattetes Werk verdanken, anerkennend zu gedenken. Die Ausstattung ist wahrhaft musterhaft. Edinger (Frankfurt a. M.).

---

370) **O. Kahler** (Prag): Das Centralnervensystem.

In der zweiten Auflage von Toldt's Gewebelehre (Stuttgart 1884) hat Prof. Kahler die Neubearbeitung des Abschnittes über das Centralnervensytem übernommen. Der Verfasser hat es versucht in einem kaum 140 Seiten umfassenden Capitel des genannten Buches den innern Bau von Hirn und Rückenmark in klarer, verständlicher Weise darzulegen. Es ist ihm nicht blos gelungen dieser äusserst schwierigen Aufgabe in jeder Beziehung gerecht zu werden, sondern er hat auch damit eine Arbeit geliefert die, weil durchwegs auf eigenen Unsersuchungen fussend, für den Fachmann ebenso inseressant, wie für den Anfänger instructiv ist. Eine grössere Anzahl gelungener Abbildungen erleichtert das Verständniss des Textes.

Obersteiner (Wien).

---

371) **Jonin:** Ueber die Bedeutung des Linsenkerns. (Russisch Archiv Psychiatrii etc. 1884. Bd. III. Nro. 3.)

Es handelt sich um einen anatomisch untersuchten Fall, der die Meynert'sche Ansicht über das Verhältniss des äusseren Gliedes des Linsenkerns zur Corticalis gegenüber der von Wernicke demonstrirt. Eine 36 j. Frau ist von rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie betroffen. Die Temperatur der gelähmten Glieder ist um 3—4° niedriger. An der Herzspitze deutliches Geräusch. Bewusstsein getrübt. Erscheinungen von Endometritis. Nach 36 Stunden trat der Tod ein. Die linke Art. foss. Sylvii ist verpfropft: der Embolus geht in die Aeste für den nucl. lenticularis, die 3. Frontal-Temporalwindung über. Die letzteren befinden sich im Zustande rother Erweichung, hauptsächlich ist aber das äussere Glied des Linsenkerns vollständig erweicht, hingegen ist das mittlere Glied, die c. externa und interna unversehrt. Ausserdem Endocarditis ulcerosa, Endometritis septica und Parametritis, hämorrh. Infarct der l. Niere, Echinococcus hepatis. Der Fall beweist also, dass die isolirte Erkrankung des äusseren Gliedes des Linsenkerns

bei Intactsein der caps. interna Hemiplegie verursachen kann. Dieser Fall ist also ein Pendant zu den Untersuchungen von Kowalewsky und Mendel, die die Verbindung des äusseren Gliedes des Linsenkerns mit der Corticalis nachgewiesen haben und denselben mit Meynert als ein Internodium der 1. und 2. Kategorie des Projectionssystems betrachten. Rosenthal (Warschau).

372) **Kowalewsky:** Zur Bedeutung des Nucleus caudatus. (Russisch Archiv Psychiatrii etc. 1884. Bd. III. H. 3.)

Dieser anatomisch untersuchte Fall beweist, dass Herde im Nucleus caudatus bei Intactsein der Capsula interna keine motorische Störungen verursachen. Eine 57 j. Soldatenfrau, marastisch, leidet an allgemeiner Schwäche, Athembeschwerden, ist unfähig zu jeder Arbeit. Keine motorische Lähmung weder früher noch jetzt. Objective Symptome: Insuffic. valv. bicuspidalis und Lungenemphysem. Nach 18 Tagen trat der Tod ein. — Im Gehirn Sclerose der Gefässwände, Erweiterung der Ventrikeln; am rechten nucl. caudatus an der Grenze seines vordern und mittleren Dritttheils eine grauweisse Verhärtung von runder Form und Grösse eines silbernen Fünfgroschenstückes. Mikroskopisch besteht diese Narbe aus dünnen Bindegewebsfasern. Die caps. interna ist in die Narbe nicht eingezogen.

Rosenthal (Warschau).

373) **B. von Anrep** und **N. Cybulski:** Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven. (St Petersburger medic. Wochenschr. 1884. Nro. 20.)

Verff. unternahmen eine Reihe von Versuchen an der Hundezunge, um die Function der gefässverengernden und erweiternden Nerven genauer festzustellen. Nach einer historischen Einleitung und Widerlegung der von Nikaliski (Arch. f. Anatom. und Physiol. 1879 p. 219.) erhaltenen Resultate beschreiben die Verff. die von ihnen gebrauchten Apparate, welche im Originale nachzulesen sind, theilen dann beispielsweise einige Versuche mit den zugehörigen Curven mit und ziehen aus ihren Experimenten folgende Schlüsse.

1. Es besteht keinerlei Analogie zwischen den Vagi und den gefässerweiternden Nerven hinsichtlich ihres Verhaltens dem Atropin gegenüber.

2. Es besteht ebenfalls keine Analogie zwischen den gefässverengernden Nerven und den Accleratoren des Herzens, weil, wie bekannt, die stärkste Reizung der Beschleunigungsnerven nicht im Stande ist, den Effect sehr schwacher Vagusreizung zu überwältigen, während die Reizung der gefässverengernden Nerven mit schwachen und mit starken Strömen den Effect der Reizung der gefässerweiternden Nerven aufhebt.

3. Eine bestimmte Höhe des Blutdruckes ist, wie es scheint, eine unerlässliche Bedingung zum Zustandekommen einer irgend bemerklichen Erweiterung der Gefässe.

4. Die latente Reizperiode sowohl der gefässerweiternden, als auch der gefässverengernden Nerven der Zunge, sowie die Wellenhöhe bei derselben Anzahl von Inductionsschlägen und das Maximum der Wellenhöhe stehen einander sehr nahe.

5. Folglich bestehen keine wesentlichen Verschiedenheiten zwischen diesen beiden Arten von Gefässnerven.

Verff. glauben einiges Recht zur Annahme zweier selbstständigen, neuromusculären Apparate in den Gefässwänden zu haben, von denen der eine Verengerung, der andere Erweiterung der Gefässe bewirkt.

Hinze (St. Petersburg).

---

374) **L. Langer** (Sechshaus bei Wien): Eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung ohne anatomischen Befund. (Bericht des Bezirkskrankenhauses in Sechshaus (Wien) für 1883.)

Westphal hat (vergl. d. Centr.-Bl. 1883. p. 321) zwei Fälle beschrieben, welche in vivo alle Erscheinungen der multiplen Herdsklerose dargeboten hatten, während der Sectionsbefund am Centralnervensystem vollkommen negativ ausfiel.

Zwei ähnliche Fälle hat L. beobachtet. Ein 51 jähr. Mann wurde in's Spital aufgenommen, der den Beginn der Erkrankung auf beiläufig zwei Jahre zurückdatirt, während welcher Zeit er an Kopfschmerz, Schwindelanfällen litt, wozu sich später Schwäche und Zittern der Beine, namentlich links, und Sehstörungen gesellten. Vor 4 Tagen Zusammenstürzen mit Krämpfen, ohne Verlust des Bewusstseins.

Bei Schlingversuchen ähnliche Zufälle wie in der Hydrophobie, Nystagmus, rechts leichte Ptosis; die Worte werden ohne eigentliche Sprachstörung mit heiserer monotoner Stimme hastig hervorgestossen. Rechte Hand schwächer, Intentionszittern an allen 4 Extremitäten, der Gang etwas schleppend, Reflexe rechts gesteigert, Schwanken bei geschlossenen Augen.

Nach 9 tägigem Aufenthalte im Spitale allgemeiner Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins. Wenige Stunden darnach stirbt der Kranke.

Der Sectionsbefuud war bezüglich des Centralnervensystems vollkommen negativ; bei den makro- und mikroskopischen Untersuchungen von Gehirn und Rückenmark fanden sich nicht die geringsten pathologischen Veränderungen.

Einen zweiten Fall, der eine 39 jähr. Hebamme betrifft hat L. nur kurze Zeit beobachtet. Zunehmende Schwäche in den oberen und unteren Extremitäten. Zittern, skandirende Sprache, incoordinirte Bewegungen beim Versuche nach etwas zu greifen, Schwindel, häufige Krampfanfälle waren die wichtigsten Symptome. Auch hier konnte im Centralnervensystem, trotz genauester Untersuchung nichts Krankhaftes gefunden werden.

Obersteiner (Wien).

---

375) **L. Langer** (Sechshaus bei Wien): Apoplexie der Spinalmeningen. (Bericht des Bezirkskrankenhauses in Sechshaus 1883.)

Nachdem primäre Meningealblutungen am Rückenmark nicht häufig sind, verdient dieser Fall Erwähnung.

Ein 37 jähriger Mann, vorher ganz wohl, fühlte des Morgens beim Aufstehen heftige Leib- und Kreuzschmerzen, Pelzigsein der Füsse, Brechreiz. Patient machte sich alsbald auf, um in's Hospital zu gehen, doch nahm während des Weges die Lähmung der Beine derart zu, dass er zusammenstürzte. Als er im Spital ankam bestand bereits vollständige Paraplegie und Anästhesie beider Beine, Reflexe dort vollständig erloschen, Retentio urinae, im Harn viel Albumen. Im Verlauf des Tages schritt die Anästhesie nach aufwärts fort; gegen Abend konnten auch die Arme kaum bewegt werden. Die Wirbelsäule in der Lendengegend gegen Druck sehr empfindlich. Am nächsten Tag öfteres Erbrechen, Sensorium eingenommen, dispnoisches Athmen, Nackenstarre, Tod.

Bei der Section fand sich der Raum zwischen Dura und Arachnoidea spinalis in der ganzen Länge der Wirbelsäule prall mit coagulirtem Blute erfüllt; die Blutung erstreckte sich bis in die Schädelhöhle, wo das ganze Kleinhirn mit einem gleichmässigen mehrere Milimeter dicken Blutkuchen umgeben war. In der Substanz des Rückenmarks und Gehirns, sowie ausserhalb der Dura absolut kein Blut. Das geborstene Gefäss, das wohl in der Lendengegend gesucht werden musste, konnte nicht aufgefunden werden.

Obersteiner (Wien).

---

376) **L. Langer** (Sechshaus bei Wien): Cystenbildung am Nervus acusticus. (Bericht des Bezirkskrankenhauses in Sechshaus 1883.)

A. Z., 45 jähr. Arbeiterin seit mehreren Wochen an Kopfschmerzen leidend. Bei der Aufnahme unbesinnlich. Sprache langsam, lallend, linke Nasiolabialfalte abgeflacht, sonst keine Motilitätsstörung, dagegen die Sensibilität der ganzen linken Körperhälfte beträchtlich herabgesetzt; linke Pupille weiter, beide träge; Reflexerregbarkeit links vermindert. Nach 20 Tagen starb die Kranke unter zunehmendem psychischem Verfalle.

Beim Durchschneiden des rechten Tentorium, drängt sich ein weicher, fluctuirender über wallnussgrosser Tumor vor, welcher an einem zündholzdicken mehrere Millimeter langen Stiele hängt, und zwar unmittelbar vor dem Foramen acusticum internum. Die rechte Ponshälfte sowie der Lobulus cuneiformis und flocculus der rechten Kleinhirnhemisphäre vollständig fehlend (Druckatrophie), an Stelle derselben liegt der Tumor frei und glattwandig eingebettet. — Der Tumor selbst stellt sich als einfache Cyste mit grauweissem Balg und serösem Inhalt dar, von birnförmiger Gestalt und sich gegen den Stiel zu verschmächtigend. In dem Stiel der Cyste ist der grösste Theil der Nervenfasern des N. acusticus einbezogen, welche jedoch bei ihrem Uebergang in die Cystenwand die Structur der Nervenfaser

verlieren und bindegewebige Beschaffenheit annehmen. Es ist noch hervorzuheben, dass im Leben bei der Kranken eine Störung des Hörvermögens nicht aufgefallen war. Obersteiner (Wien).

377) **W. Sommer** (Allenberg): Zur Casuistik der Kleinhirnsclerose. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 1. p. 252.)

Verf. theilt die Krankheitsgeschichte eines 30jährigen Imbecilen mit, der intra vitam von eventuellen Herderscheinungen nur schwankenden Gang und Pupillenstarre bot. Die Section des plötzlich Gestorbenen ergab ausser Hydrocephalus int. et ext. chron. eine ausgedehnte *Rindensclerose* daselbst. — Indem Verf. wohl mit Recht den Hydrocephalus für die Imbecilität verantwortlich macht, zieht er seinen Fall als neuen Beweis für den gewöhnlich zu beobachtenden ganz oder fast *latenten Verlauf* selbst bedeutender Kleinhirnstörungen an.

Langreuter (Dalldorf).

378) **Cornillon:** Ueber diabetische Neuralgien. (Rév. de médec. 1884. Nr. 3.)

Verf. macht in dieser Arbeit, gestützt auf 20 fremde und 2 eigene Beobachtungen, den Versuch die Symptome und die Pathogenie dieser Krankheit zu beschreiben.

Symptome. Die diabetischen Neuralgien treten in spätern Stadien der Glykosurie auf und zwar ganz unerwartet, gewöhnlich Morgens früh oder mitten in der Nacht, nach vorangegangener allgemeiner Unruhe, Gliederschwäche. Die Schmerzen sind andauernd, bohrend, schiessend, blitzend und zeigen temporäre Steigerungen von einer Stärke, wie sie keine andere Neuralgie aufweisst; sie erscheinen 3—4 Mal im Laufe des Tages, werden durch eine geringfügige Bewegung oder Aufregung hervorgerufen und sind Nachts besonders heftig. Die Neuralgie beschränkt sich nicht immer auf den Nerven allein, sondern ergreift auch Muskeln und Knochen; ein leichter Druck auf den Verlauf des schmerzenden Nerven steigert, ein starker lindert die Schmerzen, Bewegungen des betreffenden Gliedes rufen nicht nur die Neuralgie hervor, sondern steigern sie, ebenso Temperaturwechsel, Fieber ist nie vorhanden. Ein hervorragender Zug der diabetischen Neuralgie ist ihre Symmetrie (vom 21 Fällen in 18), welche selten sofort vorhanden ist, sondern zuerst schmerzt die eine, dann die andere Seite, wobei die Schmerzen auf beiden Seiten in denselben Nervenverzweigungen, auf einer Seite aber gewöhnlich mehr, als auf der anderen herrschen. Ein Mal war ein bihemiplegischer, ein Mal ein alternirender Typus der Neuralgie vorhanden. Ueber den Parallelismus des Diabetes und der Neuralgie kann Bestimmtes jetzt noch nicht gesagt werden, manchmal war der Zuckergehalt des Urins während der Schmerzanfälle vermehrt, manchmal vermindert, in zwei Fällen gingen beide Erscheinungen einander parallel. In den bis jetzt bekannten Fällen war der Sitz der Neuralgien in den Ischiadisis (am häufigsten), den untern Zahnnerven, den Intercostalnerven und im plexus brachialis.

Verlauf und Prognose. Die Neuralgien trotzten mit Ausnahme von 2 Fällen (Behandlung mit Natrum salicylicum und constantem

Strom) jeder antineuralgischen Behandlung und wichen einer gegen den Diabetes gerichteten Therapie. Die Besserung fiel mit der Verminderung des Zuckergehalts im Urin zusammen, jede Abweichung vom vorgeschriebnen Regime brachte eine Verschlimmerung zu Wege.

Die Prognose ist bei frühzeitiger Erkenntniss des diabetischen Charakters der Neuralgie keine schwere, bei längerer Dauer aber verhindern die inzwischen eingetretenen Veränderungen in den Geweben (Atrophie und Anästhesie) eine vollständige Genesung.

Diagnose. Nicht jede im Verlaufe eines Diabetes auftretende Neuralgie hat in dieser Krankheit ihre Ursache. Die unterscheidenden Merkmale der gewöhnlichen und der diabetischen Neuralgie sind folgende. Die Schmerzen bei der diabetischen Neuralgie treten plötzlich ohne nachweisbare Ursache, 3—4 Mal im Tage äusserst intensiv, meist beidseitig auf, beschränken sich auf einige wenige Nervenzweige und sind unregelmässig vertheilt; am häufigsten sitzen sie im Gebiete des Ischiadicus. Die, gleichfalls symmetrisch auftretende saturnine Neuralgie unterscheidet sich von der diabetischen durch die Anamnese und die Harnuntersuchung.

Pathogenese. Eine feststehende Ansicht auszusprechen über die Entstehungsweise der diabetischen Neuralgie ist bei der geringen Anzahl der Fälle nicht möglich, es scheinen Gicht, Urämie und Glykämie eine, wenn auch nicht sicher bestimmte Rolle dabei zu spielen. Das Wahrscheinlichste ist, dass die vorübergehenden peripheren Schmerzen in einer transitorischen Reizung des Rückenmarks begründet sind; ob die Meningen, die graue oder die weisse Substanz dabei betheiligt sind, kann beim Mangel an Sectionen nicht entschieden werden.

Die Therapie besteht in der Behandlung des Diabetes.

Hinze (St. Petersburg).

---

379) **L. Langer** (Sechshaus bei Wien): Veratrin beim chronischen Alcoholismus. (Bericht des Bezirkskrankenhauses in Sechshaus 1883.)

Feris hat angegeben, dass das Zittern beim Alcoholismus, bei nervösen Affectionen und auch bei febrilem Zustande nach dem Gebrauch von Veratrin ($^1/_2$ Milligramm 4 mal des Tages) schon nach den ersten Dosen sich bessern, nach 10 Tagen aber dauernd schwinde.

Langer hat das Veratrin bei 20 Alkoholikern angewendet und bei 13 Kranken vollständiges Aufhören des Zittern und bei 7 Besserung erzielt. Dennoch ist er nicht geneigt den Erfolg auf Rechnung des Veratrins zu schieben, weil er den gleichen Erfolg beiläufig in der nämlichen Zeit auch an anderen, mit indifferenten Mitteln behandelten Kranken gesehen haben will. In Fällen wo der Tremor durch Erkrankungen des Centralnervensystems bedingt war, fand er, auch wenn er bis zu einer Tagesdosis von 0,003 stieg, gar keine Wirkung.

Obersteiner (Wien).

---

380) **Bourneville** et **Bricon** (Paris): De l'emploi de l'acide sclérotinique dans l'épilepsie. (Behandlung der Epilepsie mit Sclerotinsäure.)
(Le Progrès méd. Nro. 21. 1884.)

Da in jüngster Zeit Secalepräparate mitunter erfolgreich gegen Epilepsie angewandt worden sind, haben die Verfasser es sich angelegen sein lassen, auch den therapeutischen Effect der Sclerotinsäure bei diesen Leiden eingehender zu studiren. Das Mittel, (ein amorphes, geruchloses, zimmtfarbiges, in Wasser lösliches Pulver. Ref.) wurde in subcutaner Injection oder innerlich in Lösung verabreicht.

Die erste Versuchsreihe betrifft die mit hypodermatischen Injectionen Behandelten. Es erhielten am 1. Decbr. 1882, 4 epileptische Kinder Einspritzungen von folgender Lösung:

Rp. Acid. sclerotinici 0,3—0,6.
Aq. destill. 10,0.
Acid. carbol. 0,1.

Die gewöhnliche, 1 Gramm Flüssigkeit fassende Pravaz'sche Spritze, enthielt demnach 0,03—0,06 Sclerotinsäure. Wie bei allen, noch nicht genügend bekannten Mitteln, wurde mit einer schwachen Dosis begonnen und allmälig höher gegangen und zwar in folgender Weise:

1. Decbr. 1882.	8. Decbr. 1882.	15. Decbr. 1882.	1. Januar 1883.
0,15	0,03	0,045	0,06

bei der subcutanen Application wurde die Dosis von 0,06 niemals überschritten. Die Dauer der Behandlung betrug 6 Wochen bei einem der Kinder, Bourgignon (vom 1. Decbr. bis 11. Januar), Tod den 14. Januar; 6 Monate bei 2 andern (vom 1. Decbr. bis 11. Juni) und 7 Monat bei dem letzten Kinde.

Vom 1. Januar bis 8. März 1883 erhielten Sch . . . Magnin et Courch. . . täglich (mit Unterbrechung vom 7.—15. Februar) 0,06. Darauf waren die täglichen Gaben:

0,036	vom	9.	März	ab.
0,039	„	13.	„	„
0,042	„	17.	„	„
0,045	„	21.	„	„
0,048	„	25.	„	„
0,051	„	29.	„	„
0,054	„	4.	April	„
0,057	„	9.	„	„
0,06	„	14.	„	„

Diese letzte Dosis (0,06) wurde bis zum Schluss der Behandlung gereicht. Unangenehme Erscheinungen wurden weder an der Injectionsstelle noch anderswo wahrgenommen.

Die folgende Tabelle giebt die Häufigkeit der Anfäile *vor*, *während* und *nach* der Behandlung an:

Summa der Anfälle der vorhergehenden 7 Monate; — der 7 Monate der Behandlung; — der nachfolgenden 7 Monate:

	Vorher.		Während.		Nachher.	
	Anfälle	Schwindel	Anfälle	Schwindel	Anfälle	Schwindel
Bourg.:	115	589	667	0	0	0
Schadle:	158	0	157	0	216	0
Magnin:	111	0	101	0	134	0

Summa der Anfälle der 6 erstern Monate des Jahres 1882, verglichen mit den correspondirenden Monaten von 1883 und 1884:

	1882.		1883.		1884.	
	Anfälle	Schwindel	Anfälle	Schwindel	Anfälle	Schwindel
Bourg.:	0	0	0	0	0	0
Schadle:	136	0	133	0	68	0
Magnin:	64	0	89	0	113	0

	Vom 21.—25. Novbr. 1882.		Vom 9.—13. Febr. 1883.		Vom 20.—24. Juni 1883.	
	Anfälle.	Schwindel.	Anfälle.	Schwindel.	Anfälle.	Schwindel.
Courché:	143	550	115	750	115	577.

Vom 20.—24. April 1880.

Anfälle.	Schwindel.
226	963.

Innerlich nahmen die Sclerotinsäure 8 Kranke. Der Trank wurde in steigender Dosis in 2 Malen Morgens und Abends gereicht. 4 Epileptiker begannen die Kur den 12. Novbr. 1882 (Mand . . ., Dur . . ., Div . . ., Rob . . .) Die Dosis betrug für dieselbe 0,1 den 12. Novbr., 0,15 den 8. Decbr., 0,16 den 9. März, 0,17 den 15. März, 0,18 den 30. März u. s. w. Alle 5 Tage wurde 0,01 mehr gegeben, bis die höchste Dosis (am 28. April) 0,25 betrug. Dieselbe wurde fortgesetzt bis zum 11. Juni bei 2 Kranken (Dur . . . et Div . . .) welche alsdann einer andern Behandlung unterworfen wurden; bis zum 1. Juli nahm ein anderer Kranke (Rob . . .), 0,25, der alsdann Juli hindurch pausirte und vom 1. August wieder 0,25 nahm, dann vom 6. bis 31. August 0,26 und während Monat September 0,27 und vom 12, October 0,30. Der vierte Patient (Mand . . .) blieb bei 0,25 vom 28. April bis 6. August, an welchem Tage bis 0,27 gestiegen wurde, dann 0,30 vom 12. October bis 31. März 1884.

Von den vier andern Patienten, (Dubrenil, Lechesne, Simonet, Bethfort), traten 3 in Behandlung den 30. März 1883 und einer den 4. April, indem jeden 2. Tag 0,02 mehr verabreicht wurden, so dass sie am 1. Mai auf 0,22 und 0,20 gekommen waren, wobei sie bis zum 12. Juni blieben, an welchem Tage die Dosis alle 5 Tage um 0,01 erhöht wurde, bis sie auf 0,25, anlangten und dieses Quantum bis zum 6. August nahmen. Im August nochmalige Steigerung auf 0,26, im Septbr. auf 0,27 und den 12. October auf 0,30 bis zum 1. April 1884. Nur bei Bethfort fand eine Ausnahme statt. Seine Behandlung wurde am 12. October 1883 beendet. Bei keinem Patienten waren störende Symptome eingetreten.

Die Anfälle und Vertiges zeigten folgenden Gang:

Kranke in Behandlung vom 12. Novbr. 1882 bis 31. März 1884:

	1882.		1883.		Vom 1. April 1882 bis 31. März 1883.	
	Anfälle.	Vertiges.	Anfälle.	Vertiges.	Anfälle.	Vertiges.
Robin:	310	1	317	1	284	1
Mandnit.:	30	29	19	10	33	29

Vom 1. April 1882 bis 31. März 1884.

	Anfälle.	Vertiges.
Robin:	340	1
Mandnit:	15	10.

Kranke in Behandlung vom 12. Novbr. 1882 bis 11. Juni 1883 und 20. Juli 1883:

	Von Januar bis 1. Juli 1882.		Von Januar bis 1. Juli 1883.	
	Anfälle.	Vertiges.	Anfälle.	Vertiges.
Dive.:	27	1	52	21
Durn..	105	2	112	6.

Kranke in Behandlung vom 30. März 1883 bis 31. März 1884 und 12. October 1883 (Bethfort).

	Vom 1. April 1882 bis 31. März 1883.		Vom 1. April 1883 bis 31. März 1884.	
	Anfälle.	Vertiges.	Anfälle.	Vertiges.
Dulsneil:	177	14	119	1
Le Chesne:	381	1	331	10
Simonet:	44	2	27	—

	Vom 1. April bis 31. October 1882.		Vom 1. April bis 1. October 1883.	
	Anfälle.	Vertiges.	Anfälle.	Vertiges.
Bethfort:	41	7	48	2.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass bei den meisten der in dieser Weise behandelten Kranken eine erhebliche Abnahme des Körpergewichts zu beobachten war. Unter den 12 hierher gehörigen Patienten konnte nur bei 5 von einer gewissen Besserung die Rede sein, so dass die erzielten Resultate nicht sehr ermuthigend sind.

Rabow (Berlin).

---

381) **C. Rieger** (Würzburg): Der Hypnotismus. Psychiatrische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten hypnotischen Zustände. Nebst einem physiognomischen Beitrag von Dr. Hans Virchow. Mit einer Curventafel und 4 Tafeln in Lichtdruck. (Jena, G. Fischer.)

Die vorliegende Arbeit bringt eine Fülle neuer Beobachtungen und Reflexionen über den Hypnotismus und zeichnet sich durch eine klare, verständliche Ausdrucksweise, die sich frei von unklaren Hypothesen hält, aus. Diese psychiatrischen Beiträge zu dem jetzt so oft discutirten Gegenstande sind aber nicht allein für den Psychiater von Interesse, sondern sie tragen dazu bei, durch verständnissvolle Verwerthung des reichlichen Materials die ganze, dunkle Seite dieses Geisteszustandes nicht unwesentlich aufzuhellen. Auch der Physiologe und nicht minder der Psychologe vom Fach wird aus dem Buche Be-

lehrung schöpfen, der bildende Künstler aus den von Virchow vorzüglich analysirten Photographien Anregungen empfangen.

Im ersten Capitel — Hypnotismus der Thiere — führt Verf. an Fröschen zunächst den sonderbaren Zustand dadurch hervor, dass er sie, wie Danilewsky angegeben, in eine auf den Hinterbeinen hockende Stellung brachte und so eine Zeit lang fest hielt, indem er jedes gewaltsame Anfassen vermied. Auch ohne sie anzulehnen, wie D. gethan, gelang es bei dem einen Thier früher, bei dem andern später, nach 2—5 Minuten die sog. „Hypnose" hervorzubringen; manche waren gar nicht zum Ruhighalten zu bringen, ohne dass Verf. jedoch ein bestimmtes disponirendes Moment ausfindig machen konnte. Faltete Verf. den geeigneten Thieren die Hände vor der Brust, so verharrten sie in dieser bizarren Attitude und konnten photographirt werden. Weder um Schlaf noch um Schreckwirkung handelte es sich dabei; wir können nur sagen, dass in der ihm aufgenöthigten Stellung der Froschkörper nicht mehr aktiv seine Muskeln innervirt.

Kataleptische Zustände führte Verf. an einer Ente herbei und ferner noch den Zustand der Bewegungslosigkeit an Zeisigen. Uebereinstimmend bei allen Versuchen war eben diese Bewegungslosigkeit — was im Innern der Thiere vorging, können wir nicht wissen, nur so viel lässt sich sagen, dass die Thiere für einige Zeit der Fähigkeit beraubt waren, mittelst ihrer aktiven natürlichen Muskelinnervation wieder ihre natürliche Haltung zu gewinnen. Der Zustand erscheint uns als willenloser, auch dann noch, wenn dazu kein äusserer mechanischer Grund mehr vorhanden ist. —

Im zweiten Abschnitte werden die hypnotischen Erscheinungen beim Menschen besprochen. Hier wird der bewegungslose, kataleptische Zustand niemals durch ruhiges Festhalten herbeigeführt werden können, sondern es geschieht für gewöhnlich dadurch, dass man die an der Convergenzstellung der Augäpfel betheiligten Muskeln zu lang anhaltender, schliesslich krampfhaft werdender Contraction zwingt. Besonders waren es 2 junge Mädchen, an denen Verf. in ausgedehnter Weise seine hypnotischen Experimente machte. Das eine war 26 Jahre alt und hatte früher an schweren hysterischen Zuständen und Geistesstörungen gelitten. Als die Versuche anfingen, war sie seit 2 Jahren völlig gesund gewesen und konnte ihre Geschäfte, nur häufig gestört durch heftige Kopfschmerzen, im Ganzen gut verrichten. Durch Fixiren eines Bleistiftes gerieth sie nach 15 Minuten in den betreffenden Zustand, war der Aussenwelt völlig entrückt und zeigte ein äusserst reiches Bild der automatenhaften und durch fremden Willen völlig beeinflussbaren Zustände, die ausführlich mitgetheilt werden. Erweckt konnte sie nur durch Application des galv. oder farad. Stromes an den Kopf werden, während im abnormen Zustand die stärksten Ströme an den Armmuskeln und Armnerven eine erweckende Wirkung nicht gehabt hatten und nur die völlige Unempfindlichkeit bekundeten. Wenn man die Erinnerung weckte, war eine verschwommene Reproduktion dessen, was sie gesagt und gethan, vorhanden.

Das zweite Mädchen war 21 Jahre alt, litt viel an Kopfschmerzen

und nervösen Beschwerden. Erst nachdem sie $^1/_2$ Stunde lang einen Bleistift fixirt hatte, zeigte der abnorme Zustand sich entwickelt. Die Perversität bei dieser Person bestand in einer totalen, consequent behaupteten, Verkennung ihrer Umgebung; sie hatte die Spontaneität des Redens und Handelns völlig bewahrt, konnte z. B. die Anwesenden mit grösster Leichtigkeit zählen, blieb aber dabei, dass die ihr z. Theil Bekannten ganz andere Menschen seien und verkehrte in dieser Auffassung mit ihnen. Das sog. doppelte Bewusstsein war auch in so fern bei ihr vorhanden, als sie im Normalzustande sich des abnormen nicht erinnerte, wohl aber von neuem in den abnormen gebracht, sich nun der Gespräche von früher bewusst ward. Die Bemerkungen, die Verf. an diese Erscheinungen knüpft gipfeln in dem Satze: der sog. hypnotische Zustand ist eine experimentell hervorgerufene Geistesstörung. Ob die Erscheinungen der Katalepsie, des doppelten Bewusstseins oder ob Suggestionserscheinungen eintreten, hängt von individuellen Verhältnissen ab. Von materiellen Veränderungen im Hirn lässt sich bei diesen Zuständen, gerade so wie bei der Mehrzahl der Geisteskrankheiten, nicht reden, da sie bislang nicht gesehen worden sind. Hervorgerufen wurde der hypnotische Zustand immer nur bei Individuen, die stark zu Nerven- und Geistesstörungen disponirten. Es steigert sich ganz bedeutend die Disposition durch die Wiederholung der Versuche, was ebenfalls eine Analogie mit vielen Geistesstörungen bekundet, in denen oft auf unbedeutende Anlässe eine schlummernde Disposition in schweren Formen eclatant wird. Die Frage, ob man in schweren Leidenszuständen die Kranken dadurch erleichtern kann und soll, dass man sie der Wirklichkeit entrückt, ist dahin zu beantworten, dass man es *kann*, ob man es aber *soll* ist stets individuell und von schwer wiegender Tragweite. Das Wichtige, was aus dem Hypnotismus zu lernen ist, hat Verf. schon vor 2 Jahren (siehe d. Centralbl. 1882. Nro. 22) in folgendem Satze formulirt: „Die Physiologie erfahre durch diese Thatsache auf experimentellem Wege, von welch eminentem Einfluss der normale Ablauf der Sinneseindrücke beim Gesichtsthier par excelence, beim Menschen, speciell der Gesichtseindrücke, auf das sog. „Bewusstsein" sei. Die hypnotischen Phänomene lehren, wie das Abschneiden des Fadens der normalen Reihenfolge der Gesichtseindrücke z. B. durch völlige Absorption des Gesichtssinns und durch Immobilisirung der in dieser Hinsicht so ausserordentlich wichtigen Augenmuskeln auch im „Bewusstsein" den Faden abreisse. Die Kenntniss der Thatsache der antagonistischen Hemmung, (vergleich Virchow d. Centralbl. 1884. Nro. 9) trägt viel zum Verständniss der kataleptischen Erscheinungen bei. Während nämlich eine normale natürliche Bewegung nothwendig eine bestimmte richtige Vertheilung der Innervationsströme erfordert, die den antagonistisch zu einander wirkenden Muskeln zugeschickt werden, so ist diese normale naturgemässe Abstufung bei Kataleptikern gestört. Die kaum merklichen langsamen Bewegungen des ausgestreckten Armes eines Kataleptischen wurden graphisch dargestellt und durch beigegebene Curven erläutert. Bei der völligen Unempfindlichkeit der Haut

gegen schmerzhafte Eingriffe im hypnotischen Zustande handelt es sich ausschliesslich nur um Aufhebung des Schmerzgefühls, nicht um die der Tastempfindlichkeit; diese Aufhebung des Schmerzgefühls ist aber nicht zu vergleichen mit einer etwa nach Ausschneidung eines sensibelen Nerven auftretenden Empfindungslähmung, sondern auch sie ist als psychische Störung aufzufassen, wie denn in der That bei gewissen Geisteskranken vorübergehend derartige Beobachtungen zu machen sind.

Im letzten Abschnitte, Hypnotismus und Verrücktheit, wird die hypnotische Geistesstörung im Vergleich mit anderen hierhergehörigen Krankengeschichten näher erörtert. Zunächst führt Verf. eine Reihe krankhafter Zustände vor, in denen bei erhaltener Erinnerung an das Gethane und Gesprochene die Abnormität sich nur in zwangsweisen Reden und Handlungen äusserte — Zustände, die in gerichtlich-medicinischer Beziehung von grösster Wichtigkeit sind. Dann folgt eine Menge von Fällen aus dem Gebiete der Epilepsie, Fälle von doppeltem Bewusstsein, die gerichtlich-medicinisch von Interesse geworden sind. Ueberall wird auf die Aehnlichkeit mancher Erscheinungen mit den künstlich erzeugten hypnotischen hingewiesen. Diese letzteren sind als acute Verrücktheit am passendsten zu bezeichnen.

„Den Schleier, der über den dunklen physiologischen Veränderungen liegt, die aus einem natürlichen Menschen vorübergehend einen Verrückten machen, lüften wir ein wenig an einem kleinen Ende, wenn wir durch die sogenannten hypnotisirenden Einwirkungen auf die Sinne eine solche Veränderung herbeiführen. Wir halten hier gleichsam eine Kordel, an der wir nur zu ziehen brauchen, um mit einem Male eine gewaltige Maschinerie in Bewegung zu setzen. Das Räderwerk der Maschine kennen wir nicht im Mindesten".

Indem wir zum Schlusse in Betreff der physiognomischen Analyse Virchow's auf das Original verweisen, bemerken wir, dass im Obigen nur skizzenhafte Andeutungen des überreichen Stoffes wiedergegeben sind. Goldstein (Aachen).

---

382) **A. Pick** (Dobrzan): Vom Bewusstsein in Zuständen sogenannter Bewusslosigkeit. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 1. p. 202.)

Die vorliegende Studie betrifft den sehr gut beobachteten und ausführlich mitgetheilten Dämmerzustand eines Epileptischen. Der sich über 2 Monate ausdehnende sehr schwankende Verlauf umfasste alle Phasen der Bewusstseinsstörung von leichter Trübung bis zu völliger Verwirrtheit, und im Anschluss daran das Vorkommen von völliger Amnesie bis zu leichtem Erinnerungsdefect. Ferner war die Erscheinung des sogenannten doppelten oder alternirenden Bewusstseins vorhanden. In den an den Fall geknüpften Reflexionen kommt Verf. zu dem (wohl jetzt allgemein acceptirten) Schluss, dass das epileptische Irresein nur einen abnormen — „etwa traumhaft veränderten" — Bewusstseinszustand darstelle, dass also keineswegs die höheren psychischen Centren ausgeschaltet seien; es sei darum auch die Erinnerung an die Vorgänge des Anfalls nicht immer erloschen. Die Be-

wusstseinsstörung betreffe vorwiegend die sensoriellen Eindrücke, und von diesen am meisten die optischen. Es gebe von diesen abnormen Bewusstseinszuständen graduelle Uebergänge einerseits zu der Bewusstlosigkeit im epileptischen Anfall, und andererseits zu den verschiedenen Bewusstseinszuständen der anderen Psychosen.

Langreuter (Dalldorf).

---

383) **Hartmann:** Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen.
(Arch. f. Psych. und Nervenkr. XV. 1. p. 98.)

Der Verf. zieht seine Schlüsse aus 138 in der Literatur bekannten Fällen von Kopfverletzungen mit nachfolgenden Psychosen. Von diesen stammen 80 aus den grösseren Arbeiten von Schlager, v. Krafft-Ebing und Koeppe, 33 aus verstreuten veröffentlichten Mittheilungen; 25 Fälle endlich sind noch nicht publicirt. Ihre Beobachter sind: Der Verf. selbst, Paetz, Westphal, Jastrowitz, Lieber, Badstübner, Valentini, Gloxin, Mayer — Mainz und Regenbrecht. — Ausführlich mitgetheilt oder inhaltlich angegeben werden die 58 Krankheitsgeschichten der beiden letzteren Kategorien. Von diesen schloss sich *nur 11*× die psychische Störung unmittelbar an das Trauma, *also unzweifelhafter Zusammenhang;* dagegen waren *47*× kürzere oder längere Zwischenräume vorhanden, es handelte sich also um sog. „*secundäres traumatisches Irresein*". (Allerdings dürfte in zahlreichen Fällen der Zusammenhang sehr zweifelhaft sein. Ref.)

Bei den im Ganzen 138 citirten resp. neuen Fällen von Geistesstörungen nach Kopfverletzungen waren dem Trauma 100× cerebrale Erscheinungen (Bewusstlosigkeit, Betäubung, Schwindel, Erbrechen etc.) gefolgt. Schädelverletzungen wurden 28× constatirt.

Die Psychose trat auf als:
Exaltationszustand 71×, = 51,3%.
Depressionszustand 37×, = 27%.
Demenz verschiedenen Grades 30× = 21,7%.

Heilung wurde 14×, *Besserung* 38× notirt. 45 Fälle endeten in Blödsinn, davon *39 (=28,2% aller Fälle) mit paralytischen Erscheinungen.*

In der angeführten Tabelle der Sectionsresultate (28) figuriren am häufigsten die gewöhnlichen Befunde der progressiven Paralyse, demnächst Erweichungen und Abscesse.

Die *Resultate* zu denen Hartmann gelangt, sind in der Hauptsache mit denen von Krafft-Ebing's übereinstimmend: Auch H. glaubt, dass das traumatische Irresein keine spezifische nosologische Form sei, dass es aber gewisse Eigenthümlichkeiten im Verlauf zeige, zu denen besonders die Reizbarkeit und die Demenz gehört. Art und Ort des Trauma's hätten keinen Einfluss auf die Psychose. Für das Zustandekommen der letzteren sei das Vorhandensein von Commotionserscheinungen keine Vorbedingung. Natürlich prävalirt bei dem traumatischen Irresein bei Weitem das männliche Geschlecht.

Langreuter (Dalldorf).

---

384) **Link** (Würzburg): Statistisch-casuistischer Bericht über die Irrenabtheilung des Kgl. Juliusspitals zu Würzburg für die Jahre 1873—1882 incl.) (Allgem Zeitschr. f. Psych. Band 40. H. 5. 1884.)

Zur Verflegung kamen in der genannten Zeit 1451 verschiedene Individuen, 795 M., 656 W. In Bezug auf die Behandlung ist zu bemerken, dass von dem in der Anstalt principiell durchgeführten Non-restraint nur in den äussersten Fällen abgewichen wurde. Im vorigen Jahre wurde z. B. 5 mal die Zwangsjacke benutzt, und zwar 2 mal bei jungen, kräftigen, tobsüchtigen Epileptikern, die durch Narcotica, selbst durch Chloroform nur ganz vorübergehend beruhigt werden konnten, ferner bei 2 Weibern, die den Versuch machten, sich die Haare auszureissen, endlich bei einer schwachsinnigen Kranken, die durch beständiges Einbohren der Finger in den Anus eine nicht unbedeutende Blutung herbeigeführt hatte. Bei 3 unruhigen weibl. Kranken mit hochgradigem Oedem der Beine kamen hanfleinene über das Deckbett gespannte Gurte zur Verwendung. Eine an puerperaler Melancholie leidende Kranke, die beständig mit dem Kopf gegen die Wand rannte, erhielt eine mit Watte gefüllte lederne Mütze. — Von Arzneimitteln wurde am meisten Chloral 1—2 Grm. Abends mit gutem Erfolg gereicht, indem dadurch ein ruhiger, dem natürlichen fast gleicher Schlaf erzielt wurde. Zu 0,3—0,5 mehrmals am Tage gereicht, wirkte es bei sehr aufgeregten und zerstörungssüchtigen Kranken besonders eclatant. Das Maximum der Tagesdosis überstieg dabei nie 3 Grm. In mehreren Fällen wurde der Appetit dadurch gehoben.

Morphium und Opium wurde selten, letzteres ausschliesslich nur bei Alcoholikern angewendet. Hyoscyamin hat sich *nicht* bewährt. In geringen Dosen (0,005—0,01) vermehrte es gradezu die Aufregung, in stärkerer Dosis verursachte es häufig Erbrechen, Appetitlosigkeit, und Herzpalpitationen, einigemale sogar plötzlichen Collaps. Als Hypnoticum wirkte es in keinem von den 3 Fällen, bei welchen es zur Anwendung kam. Es wurde reines krystallisirtes H. von Merk benutzt.

Aus dem casuistischen Theile sei folgendes hervorgehoben: Melancholie wurde in 321 Fällen (20,9%), davon $^2/_3$ W. behandelt; geheilt 125 (35,6%), gebessert 118 (33,6%), ungeheilt 72 (20,5%). 30 (8,5%) starben, 6 (1,8%) verblieben auf der Abtheilung. Als primärer Stupor wird ein Fall beschrieben, in dem die psychische Störung bei einer hereditär belasteten Kranken in der Hochzeitsnacht ganz plötzlich auftrat. Das Gericht erkannte auf Nichtigkeit der Eheschliessung, weil im Gutachten angenommen wurde, dass die Krankheit vor derselben bereits, wenn auch latent, vorhanden war.

Primäre Verrücktheit war durch 167 Fälle, 92, M., 75 W. vertreten. Geheilt 2, gebessert 60, ungeheilt 97, gestorben 4, auf der Abtheilung verblieben 4. Ein Fall von Heilung einer hallucinatorischen Verrücktheit bei einer 36 jähr. Kranken nach $1^1/_2$ jähr. Dauer wird besonders mitgetheilt.

Epileptisches Irresein: 92 Patienten, 71 M., 21 W. 27 geheilt (meistens vorübergehende Tobsuchtsanfälle) 47 gebessert, 12 ungeheilt, 4 starben, 2 verblieben. Ausführlich wird ein Fall von Heilung bei

einer 28 jähr. Frau beschrieben. Dieselbe, neuropathisch beanlagt, hatte während 5 Schwangerschaften an ausgeprägten epileptischen Anfällen gelitten, die sich zum Theil in das Puerperium hineinzogen, hatte sich aber in den Intervallen zwischen den Schwangerschaften vollkommen normal befunden. — 2 neuropathische Mädchen von 14 und 12 Jahren waren kurze Zeit nachdem sie von einem herumziehenden „Künstler“ in der Schule electrisirt worden waren, epileptisch geworden. Dieselben blieben ungeheilt. Bei einem 20 jähr. Wärter einer Menagerie trat die Krankheit unmittelbar nach einer Verwundung durch einen Bären auf. — Wägungen von 4 epileptischen und einem nicht epilep. Kranken haben Verf. zu folgendem Resultate geführt:

1. Die Abnahme des Körpergewichts nach epileptischen Anfällen ist bei den bereits länger erkrankten Individuen eine geringe, häufig überhaupt nicht zu constatiren.

2. Die Körpergewichtsabnahme ist nicht proportional den Anfällen.

3. Grössere Körpergewichtsabnahmen nach gehäuften Insulten sind wohl zumeist auf die mit denselben einhergehende, geringere Nahrungsaufnahme zu setzen.

Periodisches Irresein war durch 13 männl. und ebensoviel weibl. Kranken vertreten. Der circulären Form gehörten 4 W. und 1 Mann an, sämmtlich hereditär stark belastete Individuen. 3 davon mit Wechsel von Manie, Melancholie und Stupor, 2 mit Manie, Melancholie und lucidem Intervall.

Paralyse kam 131 mal, (109 M., 22 W. 5 : 1) zur Beobachtung, die meisten Erkrankungen fielen in das 4. Jahrzehnt, nächstdem in das 5. Der jüngste Mann war 24, der älteste 67 J. alt, unter den Weibern war das jüngste 27, das älteste 62 J. Einer der mitgetheilten Fälle verlief innerhalb $^3/_4$ J. letal und ging in den letzten 3 Tagen mit Temperaturabfall bis 29,1° einher. In einem anderen Fall stieg die Temperatur $1^1/_2$ Stunden nach dem Tode noch von 41,5 auf 41,8, nach weiteren 20 Minuten auf 42,0. (Alle Messungen in der Achselhöhle.)

Delirium tremens: 39 Fälle. 12 mal Exit. let. 7 mit schweren somatischen Krankheiten verbunden, 5 uncomplicirt. Letztere werden ausführlich beschrieben. Bei allen bestand habitueller Alcoholgenuss. Als Gelegenheitsursachen wurden angegeben: gehäufte Alcoholexcesse 2 mal, Verletzung, Steigerung des chronischen Magencatarrhs, rasch aufeinander folgende epileptische Insulte bei einem 19 Jahre lang an Epilepsie Leidenden je einmal. Ein Prodomalstadium (Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Unruhe, Mattigkeit, vereinzelte Hallucinationen) war 3 mal vorhanden. Die Delirien waren in allen Fällen schreckhafter Natur, nur einmal traten sie in Form von Grössenideen auf. In 4 Fällen bestand gleichzeitig Fieber. Aber auch bei dem Kranken ohne ein solches, sogar einmal mit subnormalen Temperaturen verlief das Delirium in 4 Tagen tödlich. Albuminurie fand sich 2 mal, darunter der fieberfreie Kranke. Die Dauer des Anfalls betrug 1—6 Tage. Die Sectionsergebnisse waren: Hyperämie des Gehirns in allen Fällen, ausserdem 1 mal reichliche Ecchymosen bis in die Medulla oblongata,

einmal colossaler Hydrocephalus externus, 3 mal Leptomeningitis, 1 mal hochgradige Atrophie der Hirnrinde in der Scheitel- und Stirngegend mit weisslicher Verfärbung. In einem Falle bestanden Ulcera ventriculi. Die übrigen Organe lieferten die gewöhnlichen Befunde.

In 63 Fällen wurden Psychosen im Verlaufe oder im Anschluss an somatische Krankheiten beobachtet. Geheilt 23, gebessert 10, ungeheilt 14, gestorben 15, verblieben 1.

Conträre Sexualempfindung war nur durch eine Kranke vertreten. Den Schluss der Kasuistik bildet die Mittheilung der Krankengeschichten zweier hysterischer Mädchen von 11 und 12 J., die durch einfache Versetzung in andere Umgebung und psychischen Einfluss rasch und dauernd geheilt wurden. Was endlich die Todesursachen betrifft, so sind 2 Selbstmorde bei melancholischen Weibern (Erhängen an den eisernen Ofengittern der Zelle) notirt. Einmal musste auf der männlichen Abtheilung Hirnerschütterung in Folge Anrennens an die Wand der Zelle als Todesursache angesehen werden. An der progressiven Paralyse starben 31 M., 3 W., an Delir. tremens 10 M., an Apoplexia cerebri 6 M. 6 W. An Gehirntumoren (einmal Sarcom, 8 mal Gliom) 8 M. 1 W., an Pachymeningitis hämorrh. 4 M. 1 W., an Urämie 2 M. Im eclamptischen Anfall blieb ein 9 jähr. Idiot, im epileptischen Insult 1 M. 2 W., bei 2 M. fand sich als causa mortis chronische Meningitis, bei je 1 M. Encephalitis suppurativa nach einem Beilschlag vor die Stirn (Suicidium ausserhalb der Anstalt), multiple Sklerose, Atherose der Gehirnarterien, Myelitis spinalis diffusa, bei 1 W. Hämatom der Dura. Von den übrigen starben an Tuberculose 12 M. 7 W., an Pneumonie 8 M. 1 W., an Marasmus (Alter oder mangelhafte Nahrungsaufnahme) 6 M. 7 W., an Phlegmone (meist nach Verletzungen vor der Aufnahme) 3 M. 2 W. An Endocarditis und Vit. cordis 4 M., an Dysenterie 3 W., an Caries costae 2 W., an Carcinoma ventriculi 1 M., 1 W., ferner je ein Mann an Typhus abd., Erysip. faciei, Gangräna scroti, Perityphlitis, Caries des Felsenbeins, Vasticämia (nach enormer Selbstverstümmelung der Zunge) Enucleatio bulbi (Selbstverstümmelung ausserhalb der Anstalt), Tabes dors., Erstickung (Brodbrocken im Larynx), je ein Weib an Cholera epid., Carcin recti, Pleuritis, perniciöser Anämie und metastatischem Abcess der Carotis. Bei einem Manne fand sich capillare Hirnhyperämie und Hämorrhagieen der Piagefässe, bei 1 Weib état criblé in beiden Linsenkernen.

Kron (Berlin).

---

385) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Originärer Schwachsinn. Neurasthenie. Impulsive Brandstiftung. Gutachten. (Friedreich's Bl. f. ger. Med. u. s. w. 34. Jahrgang 6. Heft Nov. u. December.)

Akten. Franz L., 20jähriger unbescholtener Grundbesitzerssohn aus L. wird am 23. März 1883 wegen Brandstiftung verhaftet. Er ist geständig innerhalb Jahresfrist drei Brände mit einem Gesammtschaden von 6900 Fl. gelegt zu haben. Nachdem er anfangs geleugnet, legt er am 28. März ein umfassendes Geständniss ab. Danach

wollte er am 16. Februar zu Bett gehen, als ihm einfiel, er müsse noch irgend wohin gehen. Er gab sich halb angekleidet zu der nahen Behausung des R., zündete dort das Strohdach des Stalles an und ging dann nach Hause, seine Nothdurft verrichten.

Die beiden anderen Brände legte er unter gleichen Umständen. Die verbrecherischen Handlungen sind ihm unbegreiflich. Er hatte keine Feindschaft gegen die Besitzer, auch keine Freude zum Feuer, half löschen und beim Wiederaufbau. Am 4. April spricht er von unwiderstehlichem Drang und Freude nach Feuer. Er leide häufig an Kopfweh, wobei er ganz damisch werde. Der Gemeindevorsteher hält L. für nicht recht klar; seine 16jährige Schwester hat ihn oft konfuss sprechen hören. Nach Aussage der Mutter war L. gutmüthig aber von jeher etwas geistesschwach, nur zum Feldbau und Pferdefüttern zu verwenden. Auch der Vater nennt ihn das Schwachsinnigste seiner Kinder, das bei der Arbeit stets beaufsichtigt werden musste. Geistes- und Nervenkrankheiten sollen in der Familie nie vorgekommen sein, auch L. zur Zeit der Brände nichts psychisch Auffälliges dargeboten haben.

Exploration. L. erscheint als ein schlaffes, nervöses Individuum das, wenn nicht direkt interpellirt in Sinnen und Träumen versinkt, wehmüthig drein schaut und schwer zum Antworten zu bringen ist. Er ist mittelgross von wenig männlichem Habitus. Schädelmasse annähernd normal. Degenerationszeichen oder Funktionsstörungen der regulativen Organe nicht vorhanden. Nackenwirbel auf Druck empfindlich. Genitalien gut entwickelt, Vorhaut schlaff. Nach wiederholtem Eindringen gesteht er weinend zu masturbiren. Er ist fast immer im elterlichen Hause gewesen. Er ist der älteste von 11 Geschwistern, von denen eines an Convulsionen litt. Er hat schwer gelernt; seine Schulkenntnisse sind dürftig, sein Auffassungsvermögen gering, sein geistiger Horizont besonders bei abstrakten Dingen beschränkt. Neben der geistigen Schwäche, ist L. ein von Kindesbeinen an, abnormer Charakter, hat sich nie an Etwas gefreut, das andere Geschlecht gemieden, war bigott. Vom 9. Jahre ab, habe er Anfälle von Kopfweh und Druck auf die Brust, etwa einmal im Monat. Er habe dann Kopfweh und Hitze im Kopf und sei ganz damisch. Diese Zustände dauerten 2—3 Tage und zwangen ihn zum Hinlegen. Er hatte Schmerzen in Händen und Füssen, schlechten Geschmack im Munde. Bei leichteren Anfällen hatte er blos grosse Mattigkeit. Auch sonst litt er an allerhand neuralgischen Beschwerden. Alkohol und Tabakrauch verträgt er nicht, wird beim Gehen über Brücken leicht schwindelig. Die Arbeit hat ihn immer sehr angestrengt; sein Magen sei immer schwach gewesen. Psychische Störung zur Zeit der Brandstiftungen stellt er in Abrede, vermag dieselben überhaupt nicht psychologisch zu erklären. Affekt oder Alkoholexcess waren nicht im Spiel, ebenso wenig eine Zwangsvorstellung oder eine imperative Hallucination. Höchstwahrscheinlich gaben Angstempfindungen den Impuls. Der psychologische Vorgang ist stets folgender gewesen: Beklommenheit, wachsende Unruhe, Drang fortzulaufen, Trübung des Bewusstseins, Drang

anzuzünden, Ausführung ohne alle Reflexion, Erleichterungsgefühl unmittelbar nach der That, Zusichkommen, als es brennt, mit Erkenntniss der Situation und motivirter Angt. Tiefer gehende Reue ist nicht wahrzunehmen. Die Beichte, das Bewusstsein, nichts dafür zu können und den Vorsatz, den Schaden wieder gut zu machen, haben ihn stets beruhigt.

Gutachten. Die Unmotivirtheit der Brandstiftungen lässt einen krankhaften geistigen Zustand bei L. vermuthen, welcher durch die oben geschilderte wahrheitsgetreue Darstellung des psychologischen Herganges bei der That noch wahrscheinlicher wird. Die wissenschaftliche Erfahrung bezeichnet solche Handlungen, welche durch nicht zur Helligkeit des Selbstbewusstseins vordringende und einer Reflexion unzugängliche Vorstellungen, hervorgerufen sind, als impulsive. Ein impulsives Handeln ist aber keine psychische Krankheit, sondern nur Symptom eines andauernden psychischen, meist angeborenen seltener durch Trunk, Onanie oder sonstige Schädigungen des Gehirns erworbenen Degenerationszustandes. Dass ein solcher bei L. vorliegt, unterliegt nach Obigem keinem Zweifel. L. ist ein originär imbeciller, charakterologisch abnormer, seit dem 9. Jahre nervenkranker, belasteter Mensch, der durch seit dem 14. Lebensjahre betriebene Onanie in einen hohen Grad von Nervenschwäche verfallen ist. Als Theilerscheinung dieses krankhaften Zustandes treten wahrscheinlich unter dem Einfluss der Pupertät, impulsive Handlungen auf. Dieselben sind einer Handlungskonvulsion vergleichbar. L. hat demnach nicht frei gehandelt, sondern ist einem blinden, unwiderstehlichen Impulse gefolgt. Wegen Gemeingefährlichkeit bedarf er der Verwahrung in einer Irrenanstalt. Dieselbe erfolgte.

Landsberg (Ostrowo).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bunzlau, II. Arzt, M. 2400, freie Wohnung etc. 2) Leipzig, Irrenklinik, Assistenzarzt, 1. Oct. 1500 M., fr. Stat. 3) Allenberg, Volontairarzt. 4) Dalldorf, Volontairarzt, 600 M.

Ernannt. Prof. extraord. Dr. Flechsig in Leipzig zum ordentlichen Professor. Sanitätsrath Dr. Fromm in Berlin zum Geheimen San.-Rath. Dr. Kunze in Halle a. S. zum Sanitätsrath. Dr. Oebecke in Endenich zum Sanitätsrath.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 1. August 1884. Nro. 15.

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

II. Referate und Kritiken. Spitzka: Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie und Symptomatologie der Läsionen des Pons. Bidon: Ueber Lähmungen nach peripherer Reizung. Berger: Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis. Savage: Constante Bewachung bei Selbstmordtrieb. Robertson: Electricität bei einer Psychose von siebenjähriger Dauer. Savage: Dement. paral. mit Seitenstrangsclerose. Packer: Folie circulaire. Kiernan: Können systematisirte Hallucinationen bei alcohol. und rheumat. Irresein vorkommen? Clevenger: Geisteskrankheiten bei Kindern. Brower: Hyoscyamin bei Psychosen. Millet: Ueber Schwindel bei Irren. Maior: Resultate der Sammelforschung über die Ursachen der Psychosen. v. Krafft-Ebing: Zweifelhafter Geisteszustand. v. Krafft-Ebing: Transitorisches Irresein a potu.

III. Aus den Vereinen. Société médico-psychologique zu Paris.

IV. Personalien.

I. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom 14. Juli 1884.)

386) **Westphal**: *Ueber einen Fall von allgemeiner Paralyse mit spinaler Erkrankung und Erblindung.*

Ein Gymnasiallehrer ohne hereditäre Veranlagung, aber von eigenthümlichen exaltirtem Wesen, der 1874 syphilitisch inficirt eine nicht gummöse Iritis durchgemacht hatte, erkrankte 1877 mit hypochondrischer Verstimmung, subjectiven Beschwerden und Sensationen an der Brust und Beschwerden beim Uriniren. Von Syphilis war nichts nachzuweisen, auch waren keine sonstigen Nervensymptome vorhanden, nur fehlte das Kniephänomen. Die psychische Verstimmung hielt an. 1879 trat ein Gefühl in der Herzgrube auf, wie wenn ein Gummiring die Brust umschnüre, dazu gesellten sich Klagen über Sehstörungen. Oktober 1880 wurden die M. optici heller als normal gefunden. Allmälig nahm die Sehschärfe ab, das Gesichtsfeld wurde eingeengt. Juli

1882 trat vollständige Erblindung ein. Es bestanden niemals Sensibilitätsstörungen und Schmerzen, Kribeln etc.

Im Januar 1883 wurde Pat. in einem paralytischen Tobsuchtsanfall in die Charité aufgenommen. Es bestanden Grössenideen etc., Lichtstarre und Differenz der Pupillen, Blindheit, beiderseitige Atrophie der Sehnerven. Sprache war verschliffen, zitternd. Silbenstolpern. Pat. konnte bei geschlossenen Augen und gespreizten Beinen stehen; wenn er die Füsse zusammen nahm, schwankte er nur bei geschlossenen Augen, bei offenen nicht, obwohl er blind war.

Der Gang konnte nicht genügend festgestellt werden. Im Liegen bestand keine Ataxie. Nadelstiche wurden an den Beinen empfunden. Das Kniephänomen fehlte. Von Syphilis war auch diesmals nichts zu konstatiren (Lewin). Tod nach einigen Tagen in der tobsüchtigen Erregung durch eine Lungenkongestion.

Die Sektion ergab Oedem der Hirnhaut, leichte Trübung der Pia Mater längs der grössten Venen, die Pia selbst löste sich leicht ab, die Hirnoberfläche war glatt, geröthet. Die Furchen klafften nicht und die Windungen waren nicht besonders schmal. Arterien z. Th. sklerosirt. N. opt. grau, desgl. Chiasma n. opt. Im Rückenmark war eine grau verfärbte Partie in den Hintersträngen zu erkennen. Die hinteren Wurzeln waren im Lendentheile grau, weiter hinauf weisser. Mikroskopisch fand sich einfache Atrophie des N. opt. und graue Degeneration der äusseren Theile der Hinterstränge im Hals- und Lendenmark, bes. deutlich im Dorsalmark, jedoch reichten dieselben nicht bis an die Peripherie der Hinterstränge. In den übrigen Organen waren keine Veränderungen, insbes. keine syphilitischen. Es bestand also im vorliegenden Falle 5 J. vor Ausbruch der Tobsucht ein hypochondrischer Zustand und es fehlte auffallenderweise das Kniephänomen. Die Atrophie des N. opt. lag 2 J. vor der Geistesstörung und letztere trat plötzlich als Tobsucht auf. Bemerkenswerth war das Fehlen der Ataxie und der Sensibilitätsstörungen.

In einem zweiten Fall war die Reihe der Erscheinungen eine andere: zuerst Klagen über Sehstörungen, $1^1/_2$ J. darauf Erblindung, dann Geistesstörung (maniakalische Erregung), dabei war das Kniephänomen immer erhalten. Es erlosch erst 2 J. nach der Atrophie der N. opt.

In von Uhthoff beschriebenen Fällen trat zuerst Atrophie der N. opt. auf, dann schwand in einiger Zeit das Kniephänomen und schliesslich trat Geistesstörung ein.

Vortrag. will die Lues im ersten Falle für die tabischen Veränderungen nicht verantwortlich machen, weist vielmehr auf das eigenthümliche, exaltirte Wesen des betreffenden Individuums hin. Die eigenthümlichen Erscheinungen bei geschlossenen und offenen Augen möchte er dahin erklären, dass der Blinde durch die Innervation der Augen beim Schliessen von der Beobachtung der Beine abgelenkt würde und so ins Schwanken gerathe. Der Fall lehrt weiter, dass

man bei hypochondrischen Sensationen die Untersuchung auf Tabes richten müsse.

In der Diskussion fragt Mendel ob die Hirnrinde untersucht worden sei. Er habe bei ascendirender Paralyse bedeutende Veränderungen derselben gefunden.

Westphal erwidert, er habe nichts besonderes gefunden.

387) **P. Rosenbach** (als Gast): *Ueber das Verhalten des Nervensystems im Hungerzustande.*

Vortrag. berichtet über seine experimentellen Untersuchungen in Betreff der histologischen Veränderungen des Nervensystems im Hungerzustande. Die Versuchshunde starben nach 10—31 Tagen, bei einem Gewichtsverlust von 24—58%, je nachdem sie mehr oder weniger vollständig hungern mussten.

Die Veränderungen des Rückenmarks bestanden an den Nervenzellen in trüber Schwellung, später Schrumpfung, Atrophie der Fortsätze, Vacuolisation, endlich gingen sie ganz zu Grunde. Andere Zellen wurden blass, strukturlos, glasartig, verloren die Fortsätze, zeigten z. Th. noch Kerne, z. Th. kleine Körnchen, z. Th. sahen sie aus wie Schollen. Die Capillaren waren überfüllt, ihre Endothelen fettig entartet, die sonstigen Gefässe ohne Veränderung. Um die Capillaren waren Ansammlungen von Colloidmassen. Die weisse Substanz zeigte nichts abnormes, die Neuroglia war verschwommen.

In der Hirnrinde war dieselbe, jedoch nicht so ausgebreitete Veränderung der Zellen. Die Zellen der Spinalganglien waren vacuolisirt, das Protoplasma durchsichtig. An den Nervenstämmen nichts auffallendes.

R. hebt die Aehnlichkeit der Befunde mit denen von Myelitis und Intoxikationszuständen (Phosphor, Arsen nach neueren russischen Untersuchungen) hervor, doch fehle bei Intoxikation und Hungerzustand die Veränderung der Gefässe, wie sie bei Myelitis vorkommen. Er fasse desshalb den Prozess im Hungerzustande mehr als eine parenchymatöse Entzündung auf.

Die Blutstauung in den Capillaren und die kolloide Extravasation erklärt er durch die Veränderung der Capillarendothelien.

Der Zeit nach treten die Veränderungen allmälig auf, um so stärker, je länger der Hunger dauert.

Die direkte Erregbarkeit der Hirnrinde nimmt dabei nach den weiteren Untersuchungen des Vortrag. ebenso wie bei Intoxikation gradatim ab. Auch eine qualitative Aenderung tritt bei manchen hungernden Thieren auf, indem keine klonischen Krämpfe mehr durch Reizung der Hirnrinde zu erzielen sind.

In der Diskussion hielt Westphal die Entscheidung für schwierig, ob eine Ganglienzelle in dem Zustande trüber Schwellung sei, da sie schon ohnedies eine feinkörnige Beschaffenheit habe.

Rosenbach erwidert, die Zellen seien entschieden trübe gewesen, auch habe sich ihre ganze Configuration geändert.

Westphal deutet auf Verschiedenheiten im Aussehen der Ganglienzellen hin, die schon normalerweise vorkommen können.

Otto (Dalldorf).

II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 8. März 1884.

388) **Carl Laufenauer** und **Andreas Högyes:** *Die Erscheinungen des Hypnotismus bei hystero-epileptischen Personen (mit Demonstrationen).*

Laufenauer demonstrirte an einer, durch starres Betrachten einer Bleistifts-Spitze in hypnotischen Schlaf versetzten Kranken die nystagmusartigen Bewegungen der Augen, die Flexibilitas cerea der Muskeln und die *neuro-muskuläre Excitabilität* (Charcot), der zu Folge durch Flectiren des Fusses nach der Sohle Opisthotonus und nach dem Fussrücken Emprosthotonus entsteht. Die drei Abschnitte des Hypnotismus: Lethargie, Katalepsie, Somnambulismus folgen aufeinander; durch starkes Anblasen des Gesichtes wird Pat. aus dem Schlafe geweckt.

Högyes hält die neuro-musculäre Hyperexcitabilität für die wichtigste Erscheinung des Hypnotismus. Die von differenten Reflexterritorien auslösbaren Muskelbewegungen sind keine einfachen Contractionen, sondern kurze, oder länger andauernde tonische Starre. Alle diese Reflex-Erscheinungen der Haut und der tieferen Gebilde sind *auch im wachen Zustande der Kranken gegenwärtig*, daher sie nicht der Hypnose, sondern der Hystero-Epilepsie angehören. Die Reizung der Endapparate der Seh-, Hör-, Geruchs- und Geschmacks-Nerven bringen ebenfalls charakteristische Muskelbewegungen hervor u. z. sowohl im hypnotischen Schlafe als auch im wachen Zustande.

Högyes demonstrirt an einer zweiten Kranken im wachen Zustande folgende Erscheinungen:

1. In Bezug der Hautreflexe: Bei Berührung der Kopfhaut, Ohren, der Nase erfolgt Streckung der oberen Extremitäten, bei Berührung des Halses oder Gesichtes Beugung derselben. Die Muskelstarre kann spontan nicht verhindert, noch gelöst werden: leichtes Anblasen der Haut sistirt dieselbe. Bei willkürlichen Bewegungen tritt Starre nicht ein. Reibung der Haut an den Schultern verursacht Supination, an der Clavicular gegend Pronation. Auch calorische, electrische, wie chemische Reize bringen dieselben Reflex-Contracturen hervor wie die mechanischen.

2. In Bezug auf Sehnenreflexe fand Högyes eine ganz neue Erscheinung die er *Mutual-Contracturen* nennt. Sie bestehen darin, dass wenn der Fuss gestreckt wird rechts, an der r. Hand auch Streckung erfolgt; wird die Hand flectirt geräth auch der Fuss in Flexions-Stellung. Dieselben Bewegungen, welche an den Zehen produzirt werden, treten auch an den entsprechenden Fingern in die Erscheinung,

so auch umgekehrt. Diese Gegenseitigkeit der Extremitäten dürfte auf die Natur der Sehnenreflexe ein ganz neues Licht werfen.

3. In Bezug der Geschmacks- und Geruchs-Reflexe fand H. dass *unilaterale Geruchs- und Geschmacksreize unilaterale Reflexcontracturen hervorrufen.*

4. In Hinsicht auf die Opticus-Reflexe bringt *unilaterale Reizung der Retina gekreuzte Reflexionscontractur in den unteren und oberen Extremitäten hervor.* Diese *Opticus-Reflexe* geben nach H. die *natürliche Lösung des Somnambulismus.*

5. Rücksichtlich der Acusticus-Reflexe war der Befund auch, dass *unilaterale Reizung desselben in den oberen und unteren Extremitäten gekreuzte Reflexcontracturen verursacht, aber dabei stehen verschieden hohe Töne mit verschiedenen Muskelgruppen in Reflexbeziehung.* (Högyes demonstrirte mit rhythmischer Musik am kleinen Taschen-Harmonium die *Hemisalxation.)* Seine Versuche sollen die natürliche Erklärung des mittelalterlichen *Tarantismus*, sowie des Tanzens im Schlafe abgeben.

Alle Reflexcontracturen stehen ausserhalb des Willensimpulses. Bei linksseitiger Anästhesie hat Pat. von Contracturen der l. Seite kein Bewusstsein, doch empfindet sie dieselben rechts.

Das aus dieser Versuchsreihe resultirende allgemeine physiologische Gesetz bezeichnet Vortragender als *Einheit der Empfindungen in der Bewegung.*

Durch *eine* Reflexeinwirkung können die durch *andere* hervorgerufenen Contracturen gelöst werden. In diesem Antagonismus zeigt sich aber auch eine Gesetzmässigkeit. Schliesslich wurde durch beide Autoren *das Sprechen und Tanzen im Schlafe* demonstrirt. Bei Runzelung der Stirnhaut in *Längsrunzeln* erfolgten *ernste, bei Querrunzeln* derselben *heitere Delirien.* Bei Streicheln der Haut der Kehlkopfgegend singt Pat. ernst oder heiter, je nach der Runzelung der Stirnhaut. Mit dem Aufhören des Hautstreichelns hört Sprechen und Singen gleichzeitig auf.

So verhält es sich auch mit der Musik. Das Tanzen nach dem Tacte auf die Tanzweisen des kleinen Harmoniums sistirt mit dem Aufhören des Spieles. Pat. bleibt in der eben eingenommenen Stellung starr, die Gesammt-Muskulatnr ist contracturirt, steinhart, der ganze Körper gleicht einer Statue. Beim Ertönen der Musik beginnen von Neuem die automatischen Bewegungen.

Durch diesen Versuch sei es erwiesen, dass *in den Endigungen des Acusticus ein centripetaler Endaparat, sowohl der associirten Augenbewegungen als auch des Nerven-Mechanismus der Körperbewegungen sich befindet.*

(Da die zum Theile ganz neue Methode der Untersuchung der beiden streng-wissenschaftlichen und ernst-gewissenhaften Forscher ganz von jener der französischen Schule differirt, dürfte man — trotz der sehr berechtigten Skepsis, die solche *Séances* mit Fug und Recht wachrufen — annehmen, dass auf der eben jetzt angetretenen Bahn

manches Dunkel der problematischen hypnotischen Zustände erhellt werden wird. Ref.)

Sitzung vom 15. März 1884.

389) **Carl Lechner:** *Zur Frage der Hypnose.*

Anknüpfend an die Demonstrationen und Resultate der Herren Laufenauer und Högyes in der Sitzung vom 8. März möchte Vortragender die Aufmerksamkeit der Forschung auf einen Umstand lenken, durch dessen Studium auch die Erscheinungen des psychischen Lebens besser erleuchtet werden könnten. Der thierische Organismus ist nämlich ein wirklicher Reflex-Mechanismus: in allen Lebensmanifestationen erfolgen auf gegebene Reize Antworten mit positiv activen Zeichen.

In der Hypnose ruhen alle Hemmungen, welche von Seite der Gehirn-Rinde gegen die Auslösung der Reflexe ins Spiel gesetzt werden. *In der Pause der Rinden-Hemmungen besteht eben das Wesen der Hypnose,* aber wie kommt die Hemmung zu Stande?

Nach seinen psychiologischen Experimenten *werden die Reflexe in ihrem Zustandekommen umsomehr durch die Function der Corticalis gehindert, je grösser die Summe jener Vorstellungen ist, welche in dem Bewusstsein zufolge des Reizes auftauchen, der auch die Reflexe auszulösen vermocht hätte.*

Die Intensität der Hemmung stehe also in geradem Verhältnisse mit der Zahl jener Vorstellungen, die durch einen Reiz in das Bewusstsein sich einfügten.

Der Associationsmechanismus der Hirnrinde ist vermöge seiner Einrichtung ein Separat-Reflex-Mechanismus im Total-Reflex-Apparate, der durch Vertheilung der Reizmenge jene Hemmung vollzieht, welche die intellectuellen Verrichtungen der Hirnrinde auf die Reflex-Offenbarungen ausüben. Nun sind die einzelnen organischen Functionen nie besser zu studiren, als wenn die betreffenden Organe aus ihrem Functionskreise gleichsam ausgerissen werden. In der Hypnose wird der Associations-Mechanismus so vielfach und in so verschiedenem Grade aus dem Bogen des Reflex-Mechanismus ausgeschaltet, dass zum Studium der Phänomene der Rindenhemmung kein werthvolleres Material als die hypnotisirbaren Individuen zu finden ist, umsomehr weil eben der Mensch als das tauglichste Versuchs-Object zu psychophysischen und physiologischen Experimentationen betrachtet werden muss.

Sitzung vom 22. März 1884.

390) **August Hirschler:** *Ein Fall von Hemichorea posthemiplegica.*

Der jetzt 33 J. a. Kranke überstand in seinem 4. Lebensjahre eine Hämorrhagie in die l. Gehirnhemisphäre; darauf Aphasie und Hemiplegie rechts. Nach 9 Monaten restituirte sich die Motilität der Extremitäten — obwohl nicht total — aber es traten dafür *choreatische Bewegungen* auf, welche jetzt, also *seit 24 Jahren immer fortbestehen.*

Sitzung vom 29. März 1884.

391) **E. Ludwik:** *Ein Fall von Schädelschuss-Verletzung.*

Ein 24 Jahre alter Herrschäftsdiener feuert im Trübsinns-Anfalle eine Revolverkugel gegen die rechte Schläfe.

Status praesens bei der Spitals-Aufnahme: Blasses Gesicht, heftiger Kopfschmerz, volles Bewusstsein, normale Reaction auf Motilität, Sensibilität. R. Schläfe stark gewölbt, in der Höhe des Margo supraorb. erbsengrosse Schussöffnung, rund, hellrothes Blut ergiessend. Erweiterung der Wunde in Chlorformnarcose. Pericranium abgehoben unter dem zerfetzten Temporalmuskel; ein thalergrosses in mehrere Fragmente getheiltes Knochenstück, zwischen dessen Splittern eine Revolverkugel von 7 Millimeter Kaliber eingepresst war, wurde nach Abmeisselung eines 3 Millimeter breiten Saumes des Seitenwandbeines, elevirt. Heftige Blutung durch Anbohrung der art. meningea media. Doppelte Ligatur. Dura unverletzt. Glättung der Wundränder, Drainage in der Schuss-Richtung; lockere Naht; Carbolgazpolster. Zur Irrigation während der Operations-Dauer Sublimat (1 : 1000). Wundverlauf afebril, Heilung per primam binnen drei Wochen. Keine functionelle Störung seitens des Gehirns.

Sitzung vom 5. April 1884.

392) **Carl Kétli:** *Ueber den diagnostischen Werth der bei Hemiplegie vorkommenden Facialislähmungen.*

K. stellt 2 interessante Kranke vor.

1. Durch Sturz vom Pferde zog ein 29 j. Mann vor 3 Jahren sich am rechten Os parietale eine Depression zu: Bewusstlosigkeit 3 Tage andauernd. Extremitäten rechts, Muskel um den Mund links gelähmt. Parese jetzt noch bestehend. Intelligenz abgenommen; in der letzten Zeit epileptische Anfälle. Auf Grund dieses Krankheitsbildes sind *zwei Herde* anzunehmen: einer rechts der andere links im Gyrus centralis.

2. An einem 13 j. Mädchen totale Faciallähmung centralen Ursprungs nachweisbar. Im 2. Lebensjahre entstanden. Ursache unbekannt. Seit 6 Wochen Zuckungen in den gelähmten Muskeln und Epilepsie. Elektrische Reaction der gelähmten Muskeln gegen beide Ströme normal. Eine *Monoplegia facialis totalis* sei immerhin eine seltenere Krankheitsform, wenn sie central ist. Nach dem Vortragenden kommen bei Hemiplegieen Facialislähmungen gewöhnlich im unteren Facialisgebiete vor.

Der Facialis besitzt nämlich im Cortex 2 Centra, eines für obere das andere für untere Zweige und die Fasern zu den beiden Zweigen gelangen auf besonderen Wegen durch das Hirn in die Varols-Brücke, in deren unterem Drittel sie sich dann vereinigen. K. glaubt, dass *Augenzweige durch die Linsenkernschlinge verlaufen.*

Im Anschlusse berichtet Arthur Schwarz über einen von ihm im Wiener allg. Krankenhause beobachteten Fall, der auch bewies, wie schwer das Symptom der altenirenden Lähmung unter manchen

Umständen gedeutet werden kann. Eine alternirende Lähmung der r. Extremitäten und der respiratorischen Aeste des l. Facialis nach plötzlichem Zusammenstürzen eines 62 j. Pat. der ohne Bewusstsein noch 6 Tage lebte liess einen *Ponsherd* diagnosticiren; der tiefe Sopor deutete auf starke Drucksteigerung im Schädelraume. Die Sektion ergab aber eine Blutung in die l. Hirnhälfte mit Destruction des corp. striatum, thal. opt. und der capsula interna. *Rechte Hemisphäre und Pons waren intact.* Die nur partielle Lähmung war eben Folge der Blutung in die Stamm-Ganglien; die Ponsblutung, die alternirenden Lähmungen zu entsprechen pflegt, war aber gar nicht vorhanden.

Sitzung vom 3. Mai 1884.

393) **Carl Laufenauer:** *Ein Fall von schwerer Hysterie.*

Eine 29 j. Dienstmagd, seit Febr. l. J. in Behandlung wird vorgestellt. Im September 1883 in selbstmörderischer Absicht zwei Nadeln verschluckt. Gedrückter psychischer Zustand. Pupillen auf Licht kaum reagirend, komplete Hemianästhesie links. Haut- und Sehnenreflexe dieser Seite sehr gesteigert. Durch heftiges Schluchzen eingeleitete hyst.-epilepl. Anfälle. In den l. Extremitäten kein Muskelgefühl *jedoch bei intendirten und passiven Bewegungen Zittern und kräftige Contracturen.* Durch Reiben und Anblasen kein Nachlass. Durch Einwirkung von Licht und Schall gleich Anfälle producirt. Vicarirende Hämathemesis statt cessirender Menses. Isolirte Contractur der Bauchmuskeln; Bauchwände bretthart; *diese Contractur schwindet während der Attaquen; Bauch wird weich; übrige Muskulatur tonisch zusammengezogen.* Temperatur-Unterschied links und rechts. An der anästhetischen Seite Temp. um $^1/_2$ Grad höher, als an der gesunden. Im Epigastrium thalergrosse *Taches cérébrales.* R. Ovarium empfindlich.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

II. Referate und Kritiken.

394) **E. C. Spitzka:** A contribution to the morbid anatomy and symptomatology of pons lesions. (Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie und Symptomatologie der Läsionen des Pons. (Amer. Journ. of Neur. u. Psych. Nov. 1883.)

Verfasser berichtet in sehr ausführlicher Weise über einen Fall von linksseitiger Ponsblutung mit secundärer Degeneration des „stratum intermedium“. Erstere war diagnosticirt worden. Zum Vergleich führt er noch 2 ähnliche Fälle von Paul Meyer und Homén an. Den Schluss der Arbeit bildet eine topograph. anatom. Schilderung des „Stratum intermed.“ Eine sorgfältige Untersuchung dieses Stratums bei Thieren ist wünschenswerth. Spitzka untersuchte ein Elephantengehirn darauf hin, und fand es enorm entwickelt.

Koenig (Dalldorf).

395) **Bidon:** Ueber Lähmungen nach peripherer Reizung.
(Rév. de médéc. 1884. IV.)

B. beschreibt einen Fall von Paraplegie, welcher drei Monate nach einer schweren Verwundung auftrat und führt die in der Literatur bekannt gemachten, einschlägigen Beobachtungen an. Bei der Seltenheit dieser, geraume Zeit nach der Verletzung auftretenden Lähmungen halte ich einen etwas längeren Auszug aus der verdienstvollen Arbeit Bodin's für nicht überflüssig.

Fall 1. Am 18. August 1870 erhält ein Soldat eine, die Brust im Niveau der rechten Brustdrüse penetrirende Schusswunde. Am 14. Oktober, 54 Tage nach der Verwundung tritt eine grosse Schwäche der ganzen, rechten oberen Extremität auf, welche mit theilweiser Atrophie des rechten Unterarmes und der rechten Hand und mit Contractur des gleichseitigen 4. und 5. Finger verbunden war. (Bumke Virch. Arch. LII. p. 442.)

Fall 2. Perforation des untern Abschnitts des rechten Oberschenkels durch eine Kugel am 18. August 1870 bei einem Soldaten, 8 Tage später Contractur der letzten Zehen am rechten Fusse, welche bald schwindet, doch eine Varusstellung des Fusses hinterlässt. 15 Wochen nach der Verwundung erleidet der Kranke, im Begriffe, sich zu setzen, ein Zittern des kranken Beines und später klonische Zuckungen aller Körpermuskeln, bei erhaltener Sensibilität; diese Anfälle wiederholten sich noch 6 Mal. (Bumke ibidem.)

Fall 3. Penetrirende Schusswunde des rechten Knie's am 14. August 1870 ohne nervöse Begleiterscheinungen; im August 1871 Symptome einer Myelitis, Sensibilitätsstörungen, Schwäche der Beine und der Sphincteren, rechts Lähmung aller vom M. peronaeus versorgten Muskeln, links Parese aller Muskeln. Erhöhung der Sehnenreflexe rechts, Druckempfindlichkeit der ersten Brustwirbel; langsame Besserung nach Anwendung des constanten Stromes. (Leyden, Klinik der Rückenmarkskrankh. 1875 II. p. 232.)

Fall 4. Schusswunde der Weichtheile des linken Oberschenkels am 9. November 1870, auf dem Schlachtfelde starke Schmerzen zuerst im linken Beine, später im linken Arme. Am 1. Mai 1873 plötzliches Auftreten einer linksseitigen Hemiplegie mit Erhaltensein des Bewusstseins: unbedeutende Besserung. (Leyden, l. c.)

Fall 5. Schusswunde der Weichtheile des linken Oberschenkels am 1. September 1870, ohne Zwischenfall bald heilend. Ende 1873 bedeutende Abmagerung des linken Beines und grosse Schwäche desselben, Beugung des Knie's unmöglich, Krämpfe im Bein u. s. w. (Schwahn, deutsche militärärztl. Zeitung 1876. p. 342.)

Fall 6. 24jähriger Soldat erhält 1871 (?) eine Schusswunde in den unteren Theil des rechten Oberschenkels, hat aber während des Gefechtes mit den Arabern seinen rechten Arm durch langen Gebrauch des Säbels auf's Aeusserste ermüdet. Einen Monat später fühlte der inzwischen wegen Ankylose des Knie's verabschiedete Kranke in seinem, nicht vollständig gekräftigten rechten Arme Schwäche und Formication, einige Tage später trat complete motorische und sensible Lähmung der rechten Oberextremität auf, welche sich unter einer, vom Kranken nicht genau definirten Behandlung gab. (Bodin.)

Fall 7. 40jähriger Journalist verwundet sich am 14. Januar 1883 durch Zerbrechen eines porzellanenen Nachtgeschirres, auf dem er gesessen, an zwei Stellen des Gesässes, in der Mittellinie des Steissbeins und unmittelbar hinter dem After, wobei beide Wunden zu einer einzigen sich vereinigten. Zehn Tage später erschienen kleine Pusteln am Steissbein, in den Inquinalfalten und auf der inneren Oberfläche beider Oberschenkel, erreichten in einem Tage ihr Maximum und waren nach Verlauf von 2 Monaten nicht vollständig geschwunden. Ungefähr einen Monat nach der Verwundung bekam der Kranke Schmerzen im rechten Knie und längst der crista ilei mit gleichzeitig an diesen Stellen auftretenden erythematösen Flecken, welche später sich in Geschwüre verwandelten. Diese Zustände waren bereits im Vergehen, als Schwäche in den oberen und unteren Extremitäten auftrat, welche immer stärker wurde und mit Anästhesie sich verband. Drei Monate nach der Verletzung war der Kranke zu jeder Bewegung unfähig, Rumpf und Extremitäten complet gelähmt und anästhetisch, die Sehnenreflexe aufgehoben; 15 Tage später besserte sich unter Strychningebrauch der Zustand, welcher einen Monat später recht erträglich wurde. (Bodin.)

Fall 8. Empyemoperation am 28. August 1874 rechts, 2—3 Wochen nach derselben Schwäche und Schwere des rechten Armes, keine Schmerzen, Muskeln dabei schlaff, im November functionelle und trophische Störungen. Armmuskeln etwas atrophisch, ohne fibrilläre Zuckungen. Der Kranke kann den Arm mit Mühe bis zum Kopfe erheben, Adduction des Oberarms bei freiem Schultergelenk schmerzhaft, faradische Erregbarkeit herabgesetzt, keine Anästhesie, Haut rauh, Handrücken etwas ödematös, nicht geröthet, Beine gesund. Zunge ein wenig nach rechts abweichend, starke lancinirende, von der Operationswunde ausgehende, in die Schulter und das Ellenbogengelenk ausstrahlende Schmerzen. Die Parese zeigte in ihrer Intensität Schwankungen, sie verschlimmerte sich, wenn die Schmerzen stärker wurden und umgekehrt, dasselbe wurde in Betreff des Oedems des Handrückens beobachtet. Der Zustand blieb einige Monate stationär, um schliesslich ganz zu verschwinden. (Lépine Mém. de la soc. des hôpit. de Paris 1875 p. 122.)

Fall 9. Kranker mit rechtsseitigen Empyem, dem mehrere aspiratorische Punktionen gemacht worden waren; im März 1873 wurde ihm wiederum eine solche mit nachfolgender Jodinjection gemacht. Im Momente des Eintritts der Flüssigkeit in den Pleuraraum empfand der Kranke einen scharfen Schmerz und Vertauben der Glieder, besonders rechts; dieser Zustand verging allmälich nach etwa $1^1/_2$ Stunden. Einige Tage später tritt eine so bedeutende Schwäche des rechten Arms auf, dass er nicht mehr gebraucht werden konnte; ob das rechte Bein gelähmt war, konnte wegen Bettlägerigkeit des Kranken nicht bestimmt werden. Am 8. Juni wurde die Empyemoperation gemacht, 3—4 Monate später Schwäche des rechten Beins, am 28. Januar 1874 Austritt aus dem Hospital mit Thoraxfistel, aber ohne Lähmung. Im März wiederum rechtsseitige Parese; einige, in die Pleurahöhle gemachte Injectionen von Höllenstein brachten jedesmal eine 10 Minuten dauernde Sprachstörung (Anarthrie) ohne Störungen der Intelligenz und des Bewusstseins zuwege. Im October verlässt er das Hospital um im November wieder einzutreten mit einer Schwäche und deutlichen Abmagerung der rechten Extremitäten, Flexion und Extension gleich schwach, leichteres Schwitzen rechts. Eine Jodinjection in die Pleurahöhle verschlimmerte zeitweilig die Lähmung, welche im Januar 1875 vollständig schwand.

Hinsichtlich der Entstehung solcher Lähmungen, die längere Zeit nach einem Trauma auftreten meint Bidon, dass sie, ebenso wie die unmittelbar nach der Verletzung erscheinenden durch die Verwundung selbst bedingt werden. Die Frage, warum das Trauma in gewissen Fällen Läsionen der Nervenstränge und des Rückenmarks setzt, während es in der grössten Zahl der Fälle nur einen augenblicklichen Choc bedingt, beantwortet Bidon dahin, dass hierbei eine individuelle Prädisposition angenommen, in andern Fällen aber übertriebene Muskelanstrengung als Ursache angesehen werden müsse. Zum Schlusse citirt B. einen Fall von Pooley (Medical Record 1883), in welchem 25 Tage nach einer Impfung mit Vaccine an einem 20jährigen Manne an dem entsprechenden Arme, Schulter und Thoraxhälfte motorische und sensible Lähmung ohne Allgemeinerscheinungen auftrat und durch Elektricität rasch gebessert wurde.

Der Raum eines Referats gestattet nicht, die detaillirte Analyse Bidon's der in den 9 beschriebenen Fällen aufgetretenen Symptomen wiederzugeben, auf welche hin er eine materielle Läsion des Rückenmarks als Ursache der Paralysen annimmt; sein Raisonnement muss im Original nachgelesen werden, in welchem auch die von Brown-Séquard, Ollivier u. a. aufgestellten Erklärungen des Zustandekommens von Lähmungen nach Trauma zu finden sind.

Hinze (St. Petersburg).

---

396) **O. Berger** (Breslau): Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis. (Vortr. am 21. 3. 1884 in der med. Section d. schles. Ges. f. vaterländ. Cultur. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1884. 12. Juli.)

Der Vortr. bespricht einleitend die übliche Eintheilung des klinischen Verlaufs der Tabes dorsalis in die drei bekannten Stadien. Derartige Eintheilungen haben immer etwas Gewaltsames und Unnatürliches, die Krankheiten verlaufen eben nicht nach vorgeschriebenem Schema. Das Initialstadium führt mit Recht den Namen „*Stadium der blitzenden Schmerzen*“. Die paroxysmenweise auftretenden „tabischen“ Neuralgien sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von *grossem diagnostischen Werth* und müssen schon an und für sich den Verdacht auf Tabes erwecken. In einer Reihe von Fällen, wo keine eigentlichen, kürzere oder längere Zeit anhaltenden, Schmerzattaquen vorliegen, sondern immer nur *vereinzelte*, nur *wenige Sekunden* dauernde, blitzähnliche Schmerzen mit cutaner Hyperalgesie etc. bestehen, kann die Schmerzperiode anamnestisch leicht übersehen werden. *Nur sehr selten fehlen die lancinirenden Schmerzen während des Gesammtverlaufs vollständig*, nach B.'s statistischer Zusammenstellung eines Materials von über 380 Fällen nur in 14,5 pCt. Den tabischen analoge Neuralgien von zweifellos nicht tabischem Ursprunge sind nach den Erfahrungen des Vortr. äusserst selten. Abgesehen von solchen Fällen, wo die Obduction zwar keine Tabes, aber eine Läsion der Hinterstränge in Form der inselförmigen Sclerose ergab, hat B. nur sechs Kranke gesehen, welche seit langer Zeit über charakteri-

stische neuralgische Schmerzen klagten, ohne dass andere Tabes-Symptome vorhanden waren. Zur Zeit der Beobachtung waren die Sehnen-Reflexe noch unbekannt; in drei Fällen fehlten dieselben aber bei einer erneuten Untersuchung schon vor mehreren Jahren, einem vierten, mit lebhaftem Patellarreflex, gastrischen Krisen u. A. m., liegt wahrscheinlich eine multiple Sclerose zu Grunde, und bei den beiden anderen Kranken sind inzwischen anderweitige Beschwerden (Blasenschwäche, Impotenz) zu Tage getreten, die wenigstens ein Spinalleiden ausser Zweifel stellen. Der Angabe von Westphal, dass die lancinirenden Schmerzen *relativ recht häufig* ohne tabische Grundlage vorkommen, kann B. nicht zustimmen. — Das *atactische Stadium*, welches die Entwickelungshöhe der Krankheit darstellt, zeigt vor Allem die charakteristischen Coordinationsstörungen der Locomotion. („Ataxie locomotrice progressive.“) Aber selbst dieses Hauptsymptom kann *während der ganzen Dauer des Leidens* in einer gewissen Zahl von Fällen vollständig fehlen, oder wenigstens nur in sehr geringem Grade vorhanden sein. Jedenfalls braucht man heute mit der Diagnose nicht mehr so lange zu zögern, bis sich die pathognostische Gehstörung darbietet. Die von B. in mehreren Fällen festgestellte Thatsache, dass eine Tabes bis zum tödtlichen Ausgange ablaufen kann, ohne während einer Jahre langen klinischen Beobachtung atactische Störungen gezeigt zu haben, und bei der Obduction trotzdem die typische Hinterstrangsclerose gefunden wird, ist bei unseren heutigen Kenntnissen von der pathologischen Anatomie der Tabes wohl zu erklären. Wir wissen, dass die zu Grunde liegende graue Degeneration der Hinterstränge nicht als eine diffuse Erkrankung des Gesammtquerschnittes der Hinterstränge (inclusive Hinterhörner und hintere Wurzeln) aufzufassen ist, sondern dass bestimmte Abschnitte derselben vorzugsweise erkranken, während andere absolut oder relativ frei zu bleiben pflegen.

Das Fehlen des einen oder anderen sonst regelmässig vorhandenen tabischen Symptoms kann demnach auf die Unversehrtheit eines bestimmten, innerhalb der Hinterstrangregion gelegenen Feldes zurückgeführt werden, *die genauere topographische Localisation bedingt die einzelnen Haupt-Symptome der Krankheit.*

Die wichtigsten objectiven Symptome der Tabes sind bekanntlich der Ausfall des Patellarsehnenreflexes (und des Achillessehnenreflexes, *welcher mit derselben Regelmässigkeit fehlt*) und die „reflectorische Pupillenstarre.“

In Bezug auf das *neuralgische Stadium* berichtet der Vortragende über mehrere Fälle, wo die lancinirenden Schmerzen für längere Zeit nicht in den Gliedmassen, oder am Rumpfe, sondern *am Kopfe* ihren Sitz hatten. Es ist bekannt, dass sie bisweilen in der Bahn des *Trigeminus* verlaufen, oft mit consecutiver Anästhesie im Gebiete dieses Nerven, — in einem Falle B.'s leitete eine heftige und hartnäckige *Occipitalneuralgie* die Krankheit ein — aber bisher nirgends beschrieben scheint die von B. beobachtete Form von *migräneähnlichen Schmerzanfällen* zu sein. In den von ihm gesehenen Fällen traten

die ersten Krankheitserscheinungen als paroxystische Schmerzen in einer oder beiden Schläfe- und Scheitelregionen auf, die als messerstichähnlich und blitzend bezeichnet wurden, Anfangs in 3 bis 4 wöchentlichen Intervallen, später häufiger, sich wiederholten, und stets von Uebelkeit und mehrmaligem Erbrechen begleitet waren. Bei zwei weiblichen Kranken waren diese Paroxysmen besonders heftig und regelmässig zur Zeit der Menstruation. Bei dem Mangel aller anderen Beschwerden lag es nahe, eine einfache *Migräne* anzunehmen, obwohl der Umstand, dass dieser Migräne jede erbliche Basis fehlte und dass sie erst in einem relativ vorgerückten Alter zum ersten Mal auftrat, Bedenken erregen musste. Zu diesen Kopfschmerzen gesellten sich in zwei Fällen beiderseitige *Atrophia nervi optici* hinzu, und im weiteren Verlauf kam es dann zu dem typischen Bilde der Tabes. Bei drei Kranken waren charakteristische Gliederschmerzen und Gürtelgefühl die nächsten Erscheinungen, welchen Ermüdbarkeit der Beine, Blasenschwäche, Taubheit in den Fusssohlen und andere zweifellose Tabessymptome folgten. Auch hier entwickelte sich in einem Falle eine tabische Amaurose. In allen 5 Fällen aber *fehlten die Sehnenreflexe*, bei intacter mechanischer und elektrischer Contractilität der entsprechenden Muskeln, und zwei Mal war gleichzeitig reflectorische Pupillenstarre vorhanden. Bekanntlich kann sich eine solche symptomatische Migräne auch auf dem Boden anderer schwerer Krankheiten entwickeln (chronische Nephritis, Diabetes, erstes Stadium der progressiven Paralyse) und B. folgert aus seinen Beobachtungen, *dass migräneähnliche Kopfschmerzen zuweilen auch den Verdacht auf eine beginnende Tabes erwecken müssen;* das Fehlen des Kniereflexes würde dann für die Diagnose sehr schwer ins Gewicht fallen.

Das zweite Symptom, auf welches der Vortr. die Aufmerksamkeit lenken will, hat eine weit grössere praktische Bedeutung, weil es häufiger zur Beobachtung kommt. Es handelt sich um *Blasenstörungen, welche lange Zeit, ja viele Jahre hindurch, die einzige, isolirt bleibende Beschwerde des Kranken bilden.* Das scheinbare Fehlen aller anderen tabischen Symptomen verdrängt den Gedanken an ein Rückenmarksleiden, bis, event. erst nach Jahren, das „Blasenleiden" sich als eine Tabes demaskirt. Fünfzehn durch eine Reihe von Jahren controlirbare Fälle dienen dem Vortr. zur Grundlage. Es ist allbekannt, dass die Blasenschwäche nicht nur ein sehr häufiges Symptom der Tabes bildet, sondern dass sie auch sehr früh, bereits im ersten Entwickelungsstadium, auftreten kann. In der Regel aber ist sie mit audern, mehr oder minder charakteristischen Symptomen (lancinirende Schmerzen, Ermüdung und Unsicherheit der Beine, Augenmuskellähmungen etc.) vergesellschaftet. In B.'s Fällen aber — die man als „*Tabes dysurica*" bezeichnen könnte — bilden die Blasenstörungen nicht nur das erste, sondern auch *das für lange Zeit einzige Glied der tabischen Symptomenkette.* Eine aufklärende Erscheinung ist allerdings auch bei der Tabes dysurica nach den Beobachtungen B.'s *regelmässig* vorhanden, *das Fehlen des Patellarsehnenreflexes,* welchem anerkanntermassen der Werth des constantesten Symptoms der Tabes überhaupt

zukommt. In 3 Fällen B.'s fand sich auch reflectorische Pupillenstarre. Da diese sowohl, als auch der Verlust des Kniereflexes, keinerlei Beschwerden veranlassen, so ist eben das Verhalten der Pupillen und des Patellarsehnenreflexes einer Prüfung zu unterwerfen. In den fünfzehn Fällen B.'s schwankte die Latenzperiode zwischen 8 Monaten und 7 Jahren, *so dass ein Patient 7 Jahre lang als blasenkrank galt.* Da die meisten Kranken den gebildeten Ständen angehörten, war es fast immer möglich, genauere Daten über den Verlauf zu eruiren. In der Mehrzahl der Fälle bildeten Schmerzerscheinungen den Anfang: Lancinirende Schmerzen in der Tiefe des Beckens und am Perineum, Stiche und Brennen in der Urethra, Hyperästhesie des Blasenhalses; später Harnzwang, dysurische Beschwerden, Retention etc. Auf die diagnostische Wichtigkeit einer im kräftigen Mannesalter ohne besonderen localen Grund eintretenden *Enuresis nocturna* hat der Vortr. bereits vor vielen Jahren aufmerksam gemacht. Sobald es erst im späteren Verlaufe zu Anästhesie der Harnröhre, mit welcher gewöhnlich auch Taubheitsgefühl des Mastdarms verknüpft ist, gekommen ist, wird wohl jeder Arzt an ein Spinalleiden denken. Von den fünfzehn dem Vortr. zu Gebote stehenden Fällen waren dreizehn local behandelt worden, fast alle Kranke waren, zum Theil mehrere Male, nach Wildungen gewandert, bei den meisten war es zu einem chronischen Blasencatarrh gekommen und auf diesen lautete schliesslich auch die Diagnose. Bei einem 40jährigen Manne hatte Wilms nach Aufklärung der Diagnose dem Vortr. in liebenswürdiger Collegialität mitgetheilt, dass die constatirte geringe Prostatahypertrophie nur faute de mieux als die Ursache der Blasenbeschwerden angenommen worden war. B. berichtet ausführlicher über einen erst vor wenigen Wochen beobachteten Fall, der den 34jährigen königl. Bauführer X. aus B. in der Provinz Posen betrifft. Im Herbst 1880 nach einem starken Excess in Potu zum ersten Mal Ischurie; er konnte die Blase nur bei gleichzeitigem Stuhlgang entleeren. Am anderen Tage waren die Blasenbeschwerden verschwunden, stellten sich aber nach reichlichem Trinken immer wieder ein. Im Frühjahr 1881 nach eben einer solchen Gelegenheit gleichzeitig sehr heftiges Brennen im hintersten Theil der Harnröhre, welches mehrere Wochen andauerte. Im Juni desselben Jahres wegen „Blasenleiden" Gebrauch von Wildungen, mit dem Erfolge der Erkräftigung der Blase und eines Nachlasses der Schmerzen. Zur Zeit nicht die geringsten Gliederschmerzen, Gehfähigkeit ausgezeichnet. Im Sommer 1882 vielfach bougirt und kalte Einspritzungen in die Blase, mit consecutivem, seitdem nicht mehr gebesserten Blasencatarrh. Oeftere *Enuresis nocturna.* Der trübe und stark riechende Urin kann jetzt in schwachem Strahl relativ gut entleert werden, Abends catheterisirt sich der Kranke selbst. Häufiger Tenesmus, bei gefüllter Blase leichte Incontinenz. *Nach zweijähriger Dauer der Blasenbeschwerden,* während welcher Zeit Patient grosse Fusstouren in der Schweiz gemacht, oft getanzt und *in seinem Berufe häufig in raschem Tempo, ohne irgend welche Slörung, die Leiter hinauf und hinabgestiegen war,* begannen die tabischen Symptome mit mässig heftigen Schmerzen in

beiden Füssen, später Paraesthesien, Schwanken im Finstern, Ermüdbarkeit der Beine und rasch fortschreitende Entwickelung des atactischen Ganges. Als der Kranke sich März 1883 seinem ersten Arzte wieder präsentirte, war auf den ersten Blick die Tabes zu erkennen, welche seitdem weder durch Arg. nitr., Jodkali etc., noch durch eine Badekur in Rehme gebessert wurde. Zur Zeit besteht das voll entwickelte Bild einer typischen Tabes, mit Propagation auf die oberen Extremitäten, ausgesprochenstem Hahnentritt, Haut- und Muskelsinnsstörungen, fehlenden Sehnenreflexen, rectaler Anästhesie etc.

Aus dem Vorgetragenen geht hervor, *dass wir bei chronischen Blasenleiden* (chronischem Blasencatarrh), *zumal bei Männern im kräftigen Lebensalter, sobald keine sicher nachweisbaren Läsionen des Harnapparates vorliegen, zu dem Verdacht einer beginnenden Tabes berechtigt sind.* Die Untersuchung des Kniereflexes ist in allen solchen Fällen unbedingt erforderlich. In der Literatur findet sich eine hierauf bezügliche Aeusserung Buzzard's (beim letzten internationalen medicinischen Congress), nach welcher die tabische Cystitis häufig Veranlassung zur Bildung von Phosphatsteinen bildet. Demgemäss soll man bei Blasensteinkranken auf Tabes vigiliren. B. erinnert sich nicht, unter seinem Tabesmaterial einen Fall von Blasenstein gesehen zu haben.

Zum Schluss resumirt B. dahin:

1) Die *Tabes dorsalis* kann bis zu dem tödtlichen Ausgange ohne wesentliche atactische Störungen verlaufen. Wahrscheinlich bilden Anomalien der genaueren Localisation des anatomischen Processes innerhalb des Hinterstrangsgebietes die anatomische Ursache sowohl für dieses Verhalten, als für andere auffallende Abweichungen von dem typischen Symptomenbilde der Krankheit. *In der Mehrzahl der Fälle gebührt den lancinirenden Schmerzen eine besondere diagnostische Wichtigkeit. Von wesentlichster Bedeutung* für die Diagnose sind zwei der neueren Zeit angehörige Symptome: das Fehlen des Patellarreflexes und die *„reflectorische Pupillenstarre"*. Meist gesellen sich bereits frühzeitig gewisse Erscheinungen, cutane und viscerale Neuralgien, (Gastro-Enteralgien, Hyperemesis etc.), Augenmuskellähmung, Ermüdung und Unsicherheit der Beine, Schwanken beim Schliessen der Augen, Analgesie u. a. m. hinzu, welche die Diagnose bekräftigen.

2) *Die initialen Neuralgien können unter dem Bilde einer heftigen Migräne auftreten.*

3) *Chronische Blasenbeschwerden ohne palpable Localerkrankung müssen den Verdacht eines Rückenmarksleidens (Tabes dysurica) erwecken.* E.

---

397) **Geo. H. Savage**: Constant watching of suicidal cases. (Constante Bewachung bei Selbstmordtrieb.) (The journ. of ment. science. 1884. S. 17.)

Verf. spricht sich im Allgemeinen gegen eine strenge und dau-

ernde Ueberwachung aus und sieht eine grössere Gefahr durch sie für die Psychose als ohne sie für das Leben des Kranken.

Matusch (Dalldorf).

---

398) **Alex Robertson** (Glasgow): Case of Insanity of seven years' duration: Treatment by electricity. (Electricität bei einer Psychose von siebenjähriger Dauer.) (The journ. of ment. science. 1884. S. 54.)

R. nennt die Psychose der 50 jährigen Kranken eine Melancholie mit Verfolgungsideen, die skizzirte Krankheitsgeschichte spricht nicht grade für diese Annahme. Nach $1^1/_2$ jähriger Behandlung mit dem constanten Strome, während deren die Kranke sich deutlich besserte und selbst die Wirkung lobte, Genesung. Die Kranke wurde während ihrer Besserung empfindlicher gegen die Stromstärke, so dass diese von 25 allmälich auf 10 Elemente herabgesetzt werden musste.

Matusch (Dalldorf).

---

399) **Geo. H. Savage:** On Cases of general Paralysis with lateral sclerosis of the spinal cord. (Dement. paral. mit Seitenstrangsclerose.) (The journ. of ment. science. 1884. S. 57.)

Kurze Notiz über fünf Fälle von Paralyse mit Seitenstrangaffection, vier davon mit Sectionsbefund, der sich jedoch meist nur auf die Bemerkung beschränkt, dass „in den Seitensträngen deutliche Veränderungen vorhanden sind".

Matusch (Dalldorf).

---

400) **Herb. Packer**: A case of circular Insanity. (Folie circulaire.) (The journ. of ment. science. 1884. S. 62.)

Die 61 jährige Frau (Verbrecherin) zeigte raschen und intensiven Wechsel von Depression und Exaltation, jedesmal von mehrtägiger bis mehrwöchentlicher Dauer ohne deutliche Intervalle. Dass der Fall eine Folie circ. par excellance darstellt, wie P. behauptet, kann ihm nicht zugegeben werden.

Matusch (Dalldorf).

---

401) **Jac. G. Kiernan** (Chicago): Systematizcel Delusions, Can they occur in alcoholic and rheumatic insanity? (Können systematisirte Hallucinationen bei alcohol. und rheumat. Irresein vorkommen?) (American Journal of Neurology und Psychiatry, November 1883.)

Verfasser vertheidigt einen früher von ihm geschriebenen Artikel über rheumat. Irrsinn, welcher Spitzka angegriffen hatte, in dem er auf die Unvollständigkeit der Anamnese hinwies und auf die Unmöglichkeit sich ein Urtheil darüber zu bilden, ob die Hallucinationen systematisirte seien oder nicht.

Koenig (Dalldorf).

---

402) **S. V. Clevenger** (Chicago): Insanity in children. (Geisteskrankheiten bei Kindern. (Amer. Journ. of Neur. u. Psych. Nov. 1883.)

Verfasser führt im Anfang seiner Arbeit die in der Literatur erwähnten Fälle von Geisteskrankheiten bei Kindern, unter denen sich auch 2 Paralysen finden, an. Es folgen die Krankengeschichten einiger vom Verfasser beobachteten Fälle. Die Neurosen, Hysterie, Epilepsie, Chorea u. s. w. sind nach seiner Meinung wahrscheinlich der Ausdruck eines labilen Zustandes der motor. Nerven. Epilepsie kann bei Kindern coexistirend mit Geisteskrankheiten vorkommen. Viele Fälle von Manie sind nur larvirte Epilepsieen. Psychosen werden oft hervorgebracht durch fieberhafte Krankheiten. Onanie ist mehr Folge als Ursache von Psychosen. Koenig (Dalldorf).

---

403) **D. R. Brower** (Chicago): Hyoscyamine in the treatment of insanity. (Hyoscyamin bei Psychosen.) (Amer. Journ. of Neur. u. Psych. Nov. 1883.)

Verfasser gibt ein kurzes Resumé der über die Wirkung des Hyoscyamin bei Geisteskranken erschienenen Literatur, und führt zum Schluss einige seiner eigenen Erfahrungen an. B. benutzte das Merck'sche crystallinische Alcaloid, und zwar war die Dosis kleiner als die gebräuchliche nämlich $^1/_{30}$ Grm. In 3 Fällen von puerperaler Manie, nahm die Aufregung so ab, dass die Patienten zu Hause weiter behandelt werden konnten. Hyoscyamin ist ein Mittel, an dem man, trotz dem es vielfach in Misscredit gekommen ist, festhalten sollte.
Koenig (Dalldorf).

---

404) **Millet** (Prémontée): Des vertiges chez les âliénés. (Ueber Schwindel bei Irren.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1884.)

Verf. legt seiner Arbeit den Krankenbestand von Ville-Evrard und St. Anne zu Grunde. Epileptische Seelenstörung befindet sich in diesen Anstalten nur ausnahmsweise. Von 610 Kranken genannter Anstalten (550 Männer und 60 Frauen) hatten 46 Schwindelanfälle.

Bei einfacher Geistesstörung ist Schwindel seltener. Sehr selten ist er bei Manie, häufiger bei Angstzuständen und Verfolgungswahn. Sehr häufig ist Schwindel bei allg. Paralyse, sowohl der expansiven als depressiven Form. Meistens sind es leichtere Grade von kurzer Dauer, doch kommen auch schwerere vor. Das Bewusstsein ist meist erhalten. Selten sind verkehrte oder gefährliche Handlungen dabei. Im Beginn der Paralyse häufiger nehmen die Schwindelanfälle mit der fortschreitenden Demenz ab.

Bei akutem und chronischem Alkoholismus ist Schwindel in allen Graden ein häufiges Vorkommniss. Oft tritt er direkt in Alkoholexcessen auf. Wenn jedoch durch dauernde Excesse und wiederholte Rückfälle das Centralnervensystem verändert und die geistige Kraft geschwächt sind, verschwinden selbst nach Aussetzen des Alko-

hols die Schwindelanfälle sobald nicht. Im Gefolge wiederholter Schwindelanfälle tritt rascher geistiger Verfall ein. Manchmal zeigt sich Schwindel mehrere Jahre bevor Verfolgungsideen und schreckhafte Hallucinationen auftreten. Tritt ein Schwindelanfall zu der letzteren hinzu, so erfahren sie eine Verschlimmerung für die Dauer des Schwindels. Nach der Sequestration verschwindet der Schwindel früher als die krankhaften Ideen und Sinnestäuschungen. Das Bewusstsein ist bei dem alkoholischen Schwindel im allg. nicht aufgehoben und es besteht Erinnerung an das während des Schwindels vorgefallene.

Bei Epileptischen kommen alle Grade des Schwindels vor zwischen ganz leichten vorübergehenden und Convulsionen mit Coma. Oft sind Schwindelanfälle unvollkommene Attaquen. Beide sind schwer von einander abzugrenzen. Alkoholexcesse vermehren die Zahl und die Schwere der Schwindelanfälle, manchmal tritt nur nach einem Alkoholexcess Schwindel ein. Brom hat eine bessere Wirkung auf die Krampf- als auf die Schwindelanfälle. Der epileptische Schwindel verläuft oft mit intellektuellen Störungen, Hallucinationen, die sich oft vor jedem Anfalle in derselben Weise wiederholen, Verwirrtheit, Abwesenheit von verschiedener Dauer. Währenddess begeht der Kranke verkehrte, oft gefährliche Handlungen. Die Erinnerung fehlt vollständig.

Bei seniler Demenz sind Schwindelanfälle häufig und schnell vorübergehend und ändern trotz wiederholten Auftretens nichts viel an dem Zustand. Auch bei apoplektischer Demenz wiederholen sie sich häufig.

Nach dem Geschlecht scheinen die Männer mehr von Schwindel betroffen (45 von 550) als die Weiber (1 von 60). Die Männer sind cerebralen Congestionen mehr ausgesetzt, mit denen Verf. den Schwindel in Zusammenhang bringt, sei es nun dass die Congestion partiell oder allgemein, direkt oder reflektorisch entstanden ist.

Therapeutisch empfiehlt Verf. Salina, Revulsiva, Ableitung auf die Haut, Nüchternheit, Brom, jedoch letzteres mehr für Convulsionen, als einfache Schwindelanfälle epileptischer Natur.

Die Verantwortlichkeit für die während eines Schwindel-Anfalles begangene Handlungen ist auszuschliessen, doch muss die Entscheidung von Fall zu Fall getroffen werden. Otto (Dalldorf).

---

405) **Herb. C. Maior** (London): Remarks on the Results of the collective record of the causation of Insanity. (Resultate der Sammelforschung über die Ursachen der Psychosen.) (The journ. of ment. scien. April 1884 S. 1.)

Die Statistik umfasst einen Zeitraum von 6 Jahren und das Material lieferten sämmtliche Anstalten Englands. M. betont, wie sehr trotz völlig getrennter Untersuchung die Zahlen unter sich und in den einzelnen Jahren übereinstimmen.

1. Häusliche Sorgen (mit Einschluss des Verlustes von Familienmitgliedern und Freunden):

	Männer.	Frauen.
1876	3,4%	9,2%
1878	3,8	9,8
1879	3,8	9,5
1880	4,2	9,1
1881	4,3	9,1
1882	4,2	10,3.

2. Widrige Umstände (mit Einfluss von geschäftlichen und pekuniären Sorgen):

	Männer.	Frauen.
1876	6,4%	3,3%
1878	7,2	3,2
1879	8,3	3,6
1880	7,9	3,3
1881	8,8	3,3
1882	9,2	4,0.

3. Kummer und Aufregung aus sonstigen Ursachen und Ueberanstrengung:

	Beide Geschlechter.
1876	5,3%
1878	5,9
1879	6,2
1880	5,7
1881	5,7
1882	5,6.

4. Religiöse Schwärmerei: 2—3% durchschnittlich.

5. Liebesangelegenheiten (einschliesslich Verführung) fast nur bei Frauen, ohne angegebene Zahl.

6. Schreck: bei Männern von 0,7—1,2% schwankend, bei Frauen von 1,5—2,1.

7. Trunksucht:

	Männer.	Frauen.
1876	22,7%	7,3%
1878	21,3	7,9
1879	21,1	7,6
1880	19,3	6,5
1881	19,3	6,6
1882	19,6	6,8.

8. Sexuelle Excesse und Masturbation: schwankende Zahlen.

9. Körperliche Ueberanstrengung war selten beschuldigt.

10. Hitzschlag durchschnittlich etwas über 2% bei Männern, bei Frauen ganz unwesentlich.

11. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillung durchschnittlich 9%.

12. Alter:

	Männer.	Frauen.
1878	3,5%	4,1%
1879	3,3	4,5
1880	3,1	4,3
1881	3,6	4,1
1882	3,7	4,3.

13. Krankheiten figurirten mit der hohen Zahl 9—11%.

14. Voraufgegangene Attaken:

	Männer.	Frauen.
1878	11,1%	14,8%
1879	11,2	14,4
1880	13,4	16,6
1881	14,5	16,8
1882	13,2	18,4.

Hereditäre Belastung war bei Frauen öfter nachweisbar:

1876	14,1%	17,1%
1878	16,3	18,8
1879	17,3	20,2
1880	19,6	21,0
1881	18,2	21,2
1882	18,6	21,8.

Congenitale Defecte: bei Männern durchschnittlich 5,6%, bei Frauen 3,7%. Matusch (Dalldorf).

406) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Desertion. Zweifelhafter Geisteszustand. (Erbliche Belastung. Epileptoide Anfälle, Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulse. Neurasthenie mit episodischem delirantem Traumzustand.) (Friedreich's Bl. f. ger. Med. u. s. w. 34. Jahrg. VI. Heft.)

Species facti. Am 24. Februar 1884 entfernte sich der Cadet X. unerlaubter Weise aus der Garnison und fährt nach Graz, wo er sich bei einem Sicherheitswachtmann nach dem Dampfschiffsbüreau erkundigt, um nach Afrika zu gehen und sich einer wissenschaftlichen Expedition anzuschliessen. Wegen der Uniform der Desertion verdächtig wird er verhaftet und wiederholt vor dem Inspectionsoffizier sein Verlangen nach Anschluss an die Lt. Wissmann'sche Expedition. Seinen Namen weiss er nicht anzugeben, bewirkt jedoch Identitätsfeststellung durch einen aus der Tasche gezogenen Brief des Vaters. Die Nacht verbringt er schlaflos und wird am 26. von Vater und Bruder zusammengekauert und verstört vorgefunden. In die Beobachtung des Garnisonspitals aufgenommen, erscheint Pat. etwas ängstlich, verwirrt, traumhaft, bietet starken Nystagmus, Zucken der Lippen, der Mundwinkel und der Hände, schwitzt leicht. Nach Chloral Nachts etwas Schlaf. Doch hörte er Stimmen die ihn nach Afrika riefen und sprach mit Lt. Wissmann. Er wird Grosses leisten und berühmt werden. Nach Bromkali bringt er die Nacht ruhiger zu und ist am 1. März nach guter Nacht aus seinem traumhaften Zustand heraus, frei von Nystagmus und Tremor und begreift das Vorgefallene nicht. Am 24.

Februar verspürte er den Drang wegen Beklemmung ins Freie zu gehen, hat dunkle Erinnerung, mit einer Pappschachtel auf den Bahnhof gegangen zu sein. In Wien lässt er die Schachtel, in welcher sich nur einige Bilder und ein Zahnbürstchen befanden im Hôtel liegen. Auch von der Reise nach Graz und seinen Erlebnissen bis zur Verhaftung hat er dunkle Erinnerungen. Nach einem Aerger am 4. März schlaflose Nacht; am 5. wieder Nystagmus, Zittern der Gesichtsmuskeln und der rechten Hand, leichte Parese des linken Mundwinkels, nervöse Erregtheit, Unruhe, Schlaflosigkeit; am 6. Wohlbefinden. Am 10. 3. in das Civilspital aufgenommen, fühlt er sich matt, schlafbedürftig, bedarf aber des Hypnoticum, klagt über Schläfenschmerz, geräth leicht in Affekt, wobei leichtes Zittern der Gesichtsmuskeln, Nystagmus, wechselnde Röthe und Blässe des Gesichts eintritt. Bekommt von Spirituosen leicht Kopfschmerz und Kopfdruck, ist unfähig zu geistiger Beschäftigung.

Pat. ist körperlich kräftig, gut genährt, frei von Degenerationszeichen, jedoch von exquisit neuropathischem Auge, sonst gesund. Er interessirt sich in vernünftiger Weise für Afrika-Expeditionen und gedenkt in Zukunft bei guten Auspicien eine solche zu unternehmen. Die Neurasthenie verliert sich im Laufe des März unter entsprechender Behandlung.

Anamnese. X. stammt von nervenschwacher mit Zukungen behafteter Mutter, ist 23 Jahre alt. Der Vater der Mutter soll ein sehr talentirter, aber excentrischer Mann gewesen sein. Des Vaters Bruder machte abenteuerliche Reisen, des Vaters Mutter war blödsinnig. Pat. war stets sehr erregbar, litt viel an Nasenbluten, war begabt, aber wenig ausdauernd, hatte stets Hang zu Naturwissenschaften und Forschungsreisen, war gutmüthig aber leichtsinnig. Nach mit 17 Jahren überstandenem Typhus häufige Kopfschmerzen, grosse Erregbarkeit. Wegen befürchteten Zorns des Vaters läuft er planlos zwei Mal davon und wird das zweite Mal bewusstlos in Zuckungen aufgefunden. 79 aus Aerger dritter Anfall von Bewusstlosigkeit, der einige Stunden mit Zittern andauert, und aus dem er mit heftigem Rückenschmerz erwacht. Danach Zustand eigenthümlicher Mattigkeit bis zu zweitägiger Dauer. Epileptische Antecedencien werden in Abrede gestellt. Pat. ist kein Trinker, hat sich nie am Kopf verletzt, nicht masturbirt; sein geschlechtliches Bedürfniss ist gering. Er leidet ebenso wie seine Mutter an Zwangsvorstellungen und entsprechenden Impulsen, die er als unsinnig einsehe, aber nicht beherrschen könne. Patient ist von lebhafter Phantasie. Der militairische Beruf war ihm unsympathisch. Er fing an zu trinken, was er bald schlecht vertrug. Er studirte nun eifrig Naturwissenschaften, um sich für Forschungsreisen vorzubereiten, wurde neurasthenisch und myopisch, er litt an Kopfschmerz, schlechten Schlaf, Ueberreizung des Gesichts und Gehörs, sowie der Hautnerven. Er verschlimmert den Zustand durch Gebrauch Stimmulantien, zuletzt hat er Gehörshallucinationen, die ihn nach Afrika an die Seite Wissmann's berufen. Seine Briefe zeugen von grosser Erregtheit.

Gutachten. X. befand sich vom 24. Febr. bis 1. März in einem Zustande von tiefer hallucinatorisch deliranter Bewusstseinsstörung

(Sinnesverwirrung). Die Vermuthung der Simulation wird durch die Details des Anfalles unhaltbar, der sich als ein dem des Schlafwandelns nahestehender Traumzustand bezeichnen lässt. Die transitorische Geistesstörung hat nur Bedeutung eines Symptoms und bedarf der Zurückführung auf eine dauernde Nervenkrankheit oder Hirnstörung. Dieses ist beim Exploranten deutlich nachzuweisen. Denn derselbe ist 1. erblich neuropathisch belastet, leidet 2. seit der Pubertät und nach Typhus an gesteigerter Nervosität und elementaren psychischen Störungen (Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulse). 3. Hat X. Anfälle von Bewusstlosigkeit mit motorischen Störungen. 4. Hat X. in Folge von Nachtschwärmerei, excessivem Studium u. s. w. eine Nervenkrankheit (Neurasthenie) herausgebildet, zu deren integrirenden Symptomen Störungen der Gefässinnervation gehören. Die längst vorhandene Reiseidee wird das Motiv einer traumhaften Reise.

Der militärische Beruf passt für den Exploraten nicht, da derselbe für Jahre hinaus in Folge des labilen Gleichgewichts seiner Hirnfunctionen ärztlicher Ueberwachung und Behandlung bedarf. Die Untersuchung gegen X. wurde eingestellt und derselbe aus dem Heeresverbande entlassen. Landsberg (Ostrowo).

---

407) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Gefährliche Drohungen. Transitorisches Irresein a potu. Unzucht mit der Stiefmutter. Keine chronische Geistesstörung. (Friedreich's Blätter f. ger. Med. 35. Jahrg. 7. Heft.)

Akten. Am 26. 3. 1883 ruft die Grundbesitzerin Anna Sch. den Gemeindevorsteher P. gegen ihren Stiefsohn Mathias zu Hilfe, der im Hause herumlärme, Alles zusammenschlage, sie schimpfte und am Leben bedrohe. P. nimmt noch zwei Leute zur Hilfe und findet die Thüre versperrt. Endlich öffnet sie Mathias schimpft und will dem P. mit einem Steinkrampen niederschlagen. Dieser flüchtet und holt noch Sukkurs, unterdess tobt Sch. weiter, er müsse die Hure (Stiefmutter) umbringen, und jeder sei des Todes, der sein Zimmer betrete, stösst auch Drohungen gegen H. und P. aus. Sch. ist. als roher oft excedirender Mensch bekannt, der mit seiner Stiefmutter in einem unsittlichen Verhältnisse lebt und sie heirathen will. H. hat schon um Mitternacht vom 25. zum 26. ihn toben gehört. Nach Aussage anderer Zeugen ist er sonst brav und fleissig, trinkt aber gern und excedirt im Rausch. Einen solchen Excess hat er am 14. 8. 1880 begangen, ihn mit Trunkenheit entschuldigt und ist deshalb nur mit 24 Stunden Arrest bestraft worden. Im Verhör behauptet Sch. völlige Amnesie für die Vorfälle vom 25. zum 26., während er sein unsittliches Verhältniss (ebenso wie die Stiefmutter) einräumt. Er verlangt gerichts-ärztliche Untersuchung wegen Narbe nach vor Jahren erlittener Kopfverletzung, seit der er zeitweise geistesverwirrt sei, besonders wenn er trinke oder angestrengt arbeite: Auch am 26. sei er geistesverwirrt gewesen, nachdem er am 25. sich in Most berauscht.

Exploration des Angeklagten am 28. 5. 1883. Mathias Sch., 39 J. erklärt in prompten Antworten, dass er von trunksüchtigem Vater und gesunder Mutter stamme, als kleines Kind an Convulsionen gelitten habe, dann bis zu vor 4 oder 5 Jahren erlittener Kopfver-

letzung gesund gewesen sei. Die Kopfverletzung entstand dadurch dass ihm beim Steinhauen Steine auf den Hinterkopf und rechte Brustwand fielen. Er sei damals bewusstlos geworden und habe 8 Tage krank gelegen. Die Wunde habe noch lange geschmerzt; seitdem fühle er sich leidend, habe das Gedächtniss eingebüsst und vertrage nicht mehr Alkoholika, ebensowenig Sonnen- und Ofenhitze und körperliche Anstrengung. Er werde dann gleich damisch, schwindelig, matt, schwitze und müsse sich hinlegen. Insolation erzeugt Brennen in der Narbe und Kopfweh. Ungewöhnliche Zornmüthigkeit oder Epilepsie sind nicht vorhanden, dagegen schreckhafte Träume, Händezittern, Verschwinden der Buchstaben beim Lesen bei Licht. Er trinke täglich nur 2—3 Halbliter Most; nur am 25. März (Ostersonntag) habe er sich darin berauscht. Ein scharfes Kreuzverhör vermag die Amnesie nicht zu widerlegen; er erinnert sich nur, dass P. zu ihm kam, um ihn zu binden. Er habe sich nach dem Anfall abgeschlagen gefühlt und geschämt. Bei dem fleischlichen Verkehr mit der 16 Jahre älteren Stiefmutter habe er sich nichts Böses gedacht. Intelektuelle und ethische Defekte sind nicht nachzuweisen.

Sch. ist mittelgross, Schädel regelmässig, längs der Pfeilnaht 5 Cm. lange, sich vorn gabelnde, verschiebbare, schmerzlose Hautnarbe, Teint blassgelb, Zunge und Hände zittern leicht. Chronischer Bronchialkatarrh.

Gutachten. Die lange (10 stündige) Dauer des Tobsuchtanfalls, die Complizirtheit der Handlungen, die Sicherheit der Bewegungen, die Art wie Sch. zu sich kam, die fehlenden Erscheinungen eines toxischen Nachstadiums berechtigen zu dem Schluss, dass es sich um eine akute geistige Krankheit ein sogenanntes transitorisches Irresein gehandelt hat. Das Bewusstsein ist in solchen Zuständen aufgehoben, daher fehlt die Erinnerung. Neben dem Alkoholexcess dürfte auch die Ofenhitze mitgewirkt haben. Die Entstehung einer heftigen Hirnkongestion wird durch die abnorm geringe Widerstandsfähigkeit des Sch. gegen Alkohol und sonstige das Hirn kongestionirende Momente verständlich, welche eine Folge der den Gefässtonus herabsetzende Wirkung von Kopfverletzungen zu sein pflegt. M. Sch. litt demnach in der Nacht vom 25. zum 26. März an akuter Tobsucht und war unfähig, die Folgen seiner deliranten Handlungen zu überlegen. Ausserhalb dieser Zeit ist er geistig gesund, auch in Bezug auf den Verkehr mit der Stiefmutter. Landsberg (Ostrowo).

III. Aus den Vereinen.

Société médico-psychologique zu Paris.

Sitzung vom 25. Februar 1884. (Ann. méd. psycholog.)

408) **Voisin**: *Aliénation mentale consécutive à l'intoxication par le sulfur de carbone. (Geistesstörung in Folge von Schwefelkohlenstoffvergiftung.*

Es wird über zwei Fälle von Schwefelkohlenstoffvergiftung mit

nachfolgender Geistesstörung berichtet, die in einer Fabrik von Kautschuckballons aufgetreten waren. Der erste Fall betrifft eine nicht secundär belastete, gesunde, 21 jährige Arbeiterin. Beginn der Erkrankung 8 Tage nach dem Eintritt in die Fabrik mit Kopfschmerz, Schwindel, Krämpfe, Prickeln in Händen und Füssen. Darauf wähnte die Kranke sich angeklagt Ballons gestohlen zu haben und glaubte sich von Agenten verfolgt. In der Salpêtrière war sie sehr unruhig, sprach ohne Zusammenhang, sang, Pupillen sehr weit, reagirten auf Licht, Zunge trocken, Sensibilität der Haut erhöht, Schlaflosigkeit, Temperatur 35^0. Im Verlauf meist Aufregung, Singen und Reden durcheinander, Hallucinationen, plötzliche Gewaltakte, keine Antwort auf Fragen. Allmälig Wiederkehr eines ruhigeren Verhaltens. Nach 3 Monaten geheilt entlassen mit deutlicher Erinnerung an die Aufnahme in die Anstalt etc.

Im zweiten Falle erkrankte ein 17 jähriger Arbeiter aus gesunder Familie, der ebenfalls beim Vulkanisiren mit Schwefelkohlenstoff zu thun hatte, schon in den ersten Tagen mit Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, später Zittern der Glieder, unbestimmte Angst, Schwindel, wurde müde, apathisch, schweigsam, suchte ruhige und einsame Orte auf. Bei der Aufnahme in die Anstalt sprach er verwirrt, glaubte sich in fremden Ländern, von Leuten bedroht, sah unbekannte Menschen, sprach mit denselben, lief viel herum. Zittern der Hände, Kriebeln im Daumen der linken Hand. Später wurde er traurig, hatte Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, Verfogungsideen. Nach $3^1/_2$ Monaten geheilt hatte er die Erinnerung an viele Einzelheiten während der Krankheit. Otto (Dalldorf).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bunzlau, II. Arzt, M. 2400, freie Wohnung etc. 2) Leipzig, Irrenklinik, Assistenzarzt, 1. Oct. 1500 M., fr. Stat. 3) Allenberg Volontairarzt. 4) Dalldorf, Volontairarzt, 600 M. 5) Illenau, Hilfsarzt, 1200 M., freie Station. Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt sofort, erstes Jahr M. 1440, zweites Jahr M. 1620. Verpflichtung auf 2 Jahre.

Besetzte Stellen. Leubus, Volontairarzt, Herr Salomon. Schussenried, Assistenzarzt Herr Dr. Binder.

Ernannt. Dr. Alter in Brieg zum Director in Leubus. Dr. Grashey in Deggendorf zum Prof. ordin. der Psychiatrie und Director der psych. Klinik in Würzburg. Dr. Ripping in Düren zum San.-Rath. Docent Dr. Niedermann in Pest zum Director der Landesirrenanstalt daselbst.

Todesfall. Dr. Moreau de Tours in Paris.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 15. August 1884. Nro. 16.

INHALT.

I. Referate und Kritiken. Féré: Névrose électrique. Leegaard: Studien in allgemeiner Pathologie des Gehirns besonders mit Hinblick auf die Lokalisationstheorie und deren Begründung in der Anatomie und der Physiologie. Richter: Zur Casuistik der Sinusthrombosen. Eulenburg: Die Osmiumsäure-Behandlung bei peripheren Neuralgien. Moos: Ein Fall von Neuralgie hauptsächlich im Bereiche des zweiten Trigeminus-Astes durch Exostosenbildung bedingt. Nieden: Fall einer Sympathicusaffection im Gebiete des Auges. Stepanow: Zur Frage von der physiologischen und therapeutischen Wirkung der statischen Elektricität auf den menschlichen Körper. Spengler: Fall von Meningitis cerebrospinalis in Folge von Caries des Schläfenbeins. Möbius: Zur Pathologie des Halssympathicus. Jacoby: Nerv-Affectionen nach Gelenksentzündungen. Schäfer: Ein Beitrag zur Frage über die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior. (recurrens). Jonquière: Bleibende Lähmung der Abductorenfasern eines Stimmbandes durch Druck auf den Recurrens, verbunden mit vorrübergehender Parese der Adductoren. Rosenbach: Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des N. recurrens. Semon: Ueber die Lähmung etc. Sommerbrodt: Mittheilung von Heilungen pathologischer Zustände, welche durch Reflexvorgänge von der Nase her bewirkt waren. Eidam: Psychose nach Rheumatismus articul. acut. nach Pneumonia cruposa. Schöler: Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Hemianopsie (lateralen wie temporalen). Wiethe: Ein Fall von plötzlicher Amaurosis mit nachfolgender Hemianopia homonyma superior mit Sectionsbefund. Pflüger: Microcephalie und Microphthalmie. Uhthoff: Weitere Beiträge zur Sehnervenatrophie. Ott: Der Einfluss des Nervensystems auf die Körpertemperatur. Vana: Ueber krankhafte Schläfrigkeit und Schlafsucht. Kiernan: Sind die Gründe, welche zur Bekräftigung der in der letzten Zeit gestellten Diagnosen auf Simulation angeführt wurden, stichhaltig? Chamberd: Eine neuropathische Familie. Bigot: Hysterische Anfälle bei einem Paralytiker. Jacoby: Ein Fall von ascendirender Paralyse. Pitres: Ueber Anfälle von Steifheit in den Muskeln im Beginn der Tabes, Narvaud: Geistesstörung, Alkoholismus und Selbstmord in der französischen Armee. Weiss: Ueber Epilepsie und deren Behandlung.

II. Aus den Vereinen. I. Société de Biologie zu Paris. II. Academie des Sciences. III. Academie de Médecin.

III. Tagesgeschichte. IV. Personalien.

I. Referate und Kritiken.

409) **Ch. Féré:** Névrose électrique. (Le Progrès med. Nro. 27. 1884.)

Seit 3 Jahren hat F. Gelegenheit, eine 29 jährige Dame zu beobachten, die ausser nervöser Anorexie und Ovarialhyperästhesie noch folgende höchst eigenthümliche Erscheinung darbietet. Schon als junges Mädchen nahm sie wahr, dass in ihren Haaren zu gewissen

Zeiten ein mehr oder minder starkes Knistern entstand und dass in der Dunkelheit deutlich sichtbare Funken aus denselben hinaussprangen. Dieses Phänomen zeigte sich später im verstärkten Maasse und ist seit zehn Jahren fast beständig vorhanden. Es bleibt aus bei feuchtem Wetter und bei Südwinden. — Die Finger dieser Dame ziehen leichte Körper, wie Papierstückchen u. s. w. an. Bei Berührung mit dem Kamme geben die Haare nicht nur Funken, sondern sie bereiten auch alle mögliche Schwierigkeiten wegen ihres Bestrebens sich aufzurichten und sich von einander zu entfernen. Berührt Wäsche die Haut so entsteht ein leuchtendes Knistern und die Kleidungsstücke haften dem Körper fest an. Diese Adhärenz ist zuweilen so intensiv, dass sie jede Bewegung hindert. Wenn Pat. einen wollenen Stoff oder eine über einen Holzstuhl ausgebreitete Serviette einige Male mit ihren beiden Händen frottirt, so haftet der mit Electricität geladene Gegenstand dem Stuhle fest an und man kann aus ihm Funken von 1 Centimeter ziehen.

Diese anscheinend abnorme Production von Electricität variirt. Frau X . . producirt stärkere Entladungen in Folge von heftigen Gemüthsbewegungen. Nach Anhören von Musik macht sich das Knistern am ganzen Körper mit einem unangenehmen Gefühl von Prickeln in den Beinen bemerkbar. Wetterveränderungen empfindet sie zuweilen schon einige Tage vorher vermöge der Modificationen ihrer electrischen Spannung. Starke Spannung fällt mit einem gewissen Aufregungszustande zusammen. Wenn dagegen bei feuchter Atmosphäre die Spannung abnimmt, so stellt sich ein Zustand von allgemeiner Erschlaffung ein.

Frau X. . . nimmt wenig Nahrnng zu sich; sie ist sehr mager und anämisch, die Haut auffallend trocken. An den Beinen macht sich ödematöse Infiltration bemerkbar. Dieselbe ist bei trockenem Wetter minimal, dagegen bei feuchtem oft so beträchtlich, dass das Gehen dadurch gehemmt wird. Es wurde versucht, den Electricitätsverlust herabzusetzen, indem Kleidungsstücke von Seide angelegt wurden, und durch Bepudern der ganzen Hautoberfläche mit Lycopodium. Der Erfolg war indessen zweifelhaft. Darauf kam die statische Electrisation in Anwendung. Es wurden täglich electrische Bäder von 10 Minuten Dauer verordnet. Unter dieser Behandlung besserten sich die vasomotorischen Störungen und die bei feuchter Witterung sonst eintretende schmerzhafte Sensation von Ermüdung blieb nun fast gänzlich aus. Dieses Resultat befestigt F. in der Ansicht, dass die electrischen Phänomene nicht einer gesteigerten Production, sondern einem abnormen Verlust, der in Beziehung zur Hautkrankheit steht, zuzuschreiben sind. — Fälle, wie der oben erwähnte kommen selten vor. In der Literatur fand Verf. vier oder fünf, die er in Kürze anführt. Dem abnormen Electricitätsverluste glaubt er wirksam entgegentreten zu können, indem er das betreffende Individuum mit einem isolirenden Körper (Seide, Harz) bekleidet oder dasselbe wieder künstlich mit Electricität ladet.

Rabow (Berlin).

410) **Chr. Leegaard** (Christiania): Studier i Hjernens almindelige Pathologi saerlig med Hensyn paa Lokalisationstheorien og dens Begrundelse i Anatomi og Fysiologi. (Studien in allgemeiner Pathologie des Gehirns besonders mit Hinblick auf die Lokalisationstheorie und deren Begründung in der Anatomie und Physiologie.)

(Christiania 1884. 299 Seiten.)

Vorliegendes Werk des durch seine Arbeiten über die Entartungsreaction (S. Centralbl. 1881 p. 77) sowie durch einen casuistischen Beitrag zur Lehre von der Localisation in der Hirnrinde (S. Centralbl. 1882 p. 81) bekannten Verf.'s schliesst sich den bekannten neueren Werken über die Hirnlokalisation würdig an.

Nach einer Zusammenstellung der bezüglichen, in der Arbeit benutzten, *Literatur* giebt Verf. zunächst eine übersichtliche zusammenfassende Darstellung der *anatomischen* Verhältnisse, soweit sie für den eigentlichen Zweck, die Darstellung und Begründung der Lokalisationslehre in Betracht kommen. In *drei* Abschnitten — Corticalsubstanz, Ganglien, centrale graue Masse — wird zuerst die anatomische Anordnung der *grauen Substanz*, dann in *zwei* Abschnitten — Verbindungen der Ganglien mit der tiefer gelegenen grauen Substanz, die *weisse Substanz* abgehandelt.

Als dritter Theil folgt dann der *feinere Bau und Anordnung der Elementartheile* und als vierter eine Darstellung der *Circulationsverhältnisse*, an welche letztere sich die Besprechung der *Cerebrospinalflüssigkeit* und ihrer Bahnen anschliesst. Den Abschluss dieses Abschnittes bildet dann eine Darstellung der Bedeutung der Circulationsverhältnisse, mit Einschluss der Cerebrospinalflüssigkeit für die Pathologie.

Den zweiten Hauptabschnitt bildet eine kurze Darstellung der *Physiologie* des Gehirns. Hier werden zunächst die *älteren Anschauungen*, und zwar nach einander die experimentellen Ergebnisse und die klinischen Untersuchungen besprochen.

Die zweite Unterabtheilung, die den *neueren Untersuchungen* gewidmet ist, beginnt mit der Corticalsubstanz und ist auch hier die gleiche Eintheilung — experimentelle und klinische Untersuchungen — festgehalten. Die *experimentellen* Untersuchungen beginnen wie billig mit der Arbeit von Fritsch und Hitzig. L. giebt nun eine gute kritische Uebersicht der wichtigsten Resultate dieser wie der späteren Forscher. Er steht, wie das ja bei einem Kliniker kaum anders möglich, auf dem Standpunkte der Localisatoren, und zwar in Betreff des Thatsächlichen auf dem Munk's, insofern er anerkennt, dass dieser Forscher genau und mit grösserer Sorgfalt als irgend ein Anderer bestimmte Theile der Oberfläche des Gehirns bezeichnen konnte, welche in Beziehung zu bestimmten Sinnen oder zu Bewegungen bestimmter Körpertheile stehen. Dagegen stimmt er den Deutungen und theoretischen Anschauungen M.'s nicht bei; er hält es nicht für ausgemacht, „dass Verlust einer Bewegungsvorstellung den Ausfall einer willkür„lichen Bewegung zur natürlichen Folge habe; dieser Verlust könne „wohl veranlassen, dass die Planmässigkeit und geordnete Führung „zur Erreichung eines bestimmten Zweckes verloren ginge, aber kaum,

„dass die einfache willkürliche Muskelzusammenziehung unmöglich ge-
„macht würde. Es muss ein Mittelglied zwischen Vorstellung und
„einfacher Bewegung vorhanden sein, und dieses Glied ist der Wille."
So verwirft er auch den Ausdruck „Fühlsphäre" und dem entsprechend auch die „Seelenlähmung". Ebenso erkennt er auch die Begriffe „Seelenblindheit" sowie „Seelentaubheit" etc. nicht für den Thatsachen entsprechende an. In Betreff der Sehsphäre eignet er sich die Einwendungen Mauthner's an, der bekanntlich die als „Seelenblindheit" bezeichneten Erscheinungen auf den Verlust des centralen Sehens bezieht.

Die dann folgende Darstellung der *klinischen* Untersuchungen hebt zunächst mit Recht hervor, dass man nur mit äusserster Vorsicht die Versuchsresultate vom Thiere auf den Menschen übertragen dürfe, dass man dieselbe nur als Leitfaden benutzen dürfe und versuchen müsse, sich rein empirisch mit Hilfe klinischer und pathologisch-anatomischer Beobachtungen eine Meinung zu bilden. Indem Verf. nun die bisher bekannten klinischen Arbeiten einer kritischen Würdigung unterzieht, findet er allerdings, dass man in der Pathologie eine wichtige Stütze für die Annahme der Lokalisationslehre finde, wenn auch das Unvollständige und Ungenügende der bisher vorliegenden Thatsachen stets hervorgehoben wird.

Weit kürzer werden dann noch die *Ganglien* in experimenteller und klinischer Beziehung abgehandelt.

Während der bisher analysirte umfangreiche Theil des Werkes im Wesentlichen compilatorischer und kritischer Natur ist, gibt Verf. in den folgenden Abschnitten eine Reihe mehr subjectiv gehaltener theilweise origineller Beiträge.

Zunächst einen „*Skizze*" bezeichneten Aufsatz, in welchem er seine Anschauung über die Natur der Functionen des Gehirns entwickelt. Dieselben werden nach Analogie der Reflexbewegungen beobachtet. Die sensibeln Eindrücke passiren nach dem Eintritt in das Centralorgan eine grosse Reihe von Zellen und Fasern, deren erste Zelle als „erste sensorische Zelle" bezeichnet, durch einen Reflexbogen mit der „letzten motorischen Zelle" in Verbindung steht. In gleicher Weise stehen die ferneren, also höheren sensorischen Zellen mit höheren motorischen Zellen durch Reflexbögen in Verbindung. In der „letzten sensorischen Zelle" erfährt der Reiz derartige Veränderungen, dass er nun im Stande ist in ein neues System von Elementartheilen das „psychische" überzutreten, welches den höchsten Reflexbogen darstellt, indem es die letzte sensorische mit der „ersten motorischen Zelle" in Verbindung setzt, von welcher dann ein System von Fasern und Zellen, die centrifugale oder motorische Leitung, bis zur letzten motorischen Zelle hinabführt. In dem psychischen Reflexbogen kommen die höchsten Functionen zur Entwicklung. Was nun die Localisation betrifft, so lehren klinische Erfahrungen, dass *bewusste* Empfindung erst in der Hirnrinde zu Stande kommt, dagegen ist damit über die Lage der „letzten sensorischen Zellen" Nichts abgemacht. Was die an die Corticalsubstanz gebundenen höheren Functionen — Intelligenz, Wille etc. — betrifft, so meint Verf., wie uns dünkt, mit vollem Recht, dass hier von einer Lokalisation im eigentlichen Sinne

nicht die Rede sein kann, da hier eine ganze Reihe von Lebensäusserungen zusammenwirken, um die scheinbar einfachen Funktionen zu bilden. Besser unterrichtet sind wir über die Localisation der „ersten motorischen Zellen“. Es sind dies die bekannten grossen Zellen in der sog. motorischen Region der Rinde. So geht der Impuls zu jeder willkürlichen Bewegung von der Corticalsubstanz aus. Das ist ebenso auch bei den Thieren der Fall, obgleich die Bedeutung der Corticalsubstanz für die willkürliche Bewegung abnimmt, dagegen die der niederen Centren zunimmt, je tiefer wir in der Thierreihe hinabsteigen. Dem entsprechend ist die Zahl der sog. „primär automatischen“ Bewegungen beim Menschen relativ geringer als beim Thier. Auch ist die Bedeutung der Corticalsubstanz nicht die gleiche für alle Bewegungen, was bei den Erkrankungen jener deutlich hervortritt. Verf. bezeichnet nun die ersten sensorischen und letzten motorischen Zellengruppen als „Kerne“, dagegen die letzten sensorischen und ersten motorischen Gruppen als „Centren“, so dass der psychische Reflexbogen als Verbindung zwischen beiden Arten von Centren erscheint. Die sensorischen Centren liegen nun theilweise in Gruppen in einem begrenzten Areal gesammelt, theilweise aber über grössere Oberflächen und zwischen Elementen anderer Function zerstreut. Den ersteren Typus repräsentirt das *Sehen*, den letzteren das *Gefühl*. Dies der Grund, dass Gefühllosigkeit kaum als Folge eines blossen Corticaldefects auftritt. Dagegen scheint der *Geruch* dem ersten Typus anzugehören, wie klinische Beobachtungen lehren und auch Verf. durch ein Beispiel belegt, wo Verlust des Geruchs in Folge eines Defects im Temporallappen bestand.

Es folgt hierauf eine Abhandlung „*Einige Worte über cerebrale Lähmungen*“. Je nachdem die Ursache der Lähmung auf Zellen oder Fasern zu beziehen, werden *centrale* und *Leitungs*lähmungen unterschieden. Erstere kommen relativ rein nur in den Kernen zur Erscheinung — Poliomyelitis —, während in den corticalen motorischen Centren zugleich auch Zellen anderer Functionen z. B. psychische und Fasern mitbetheiligt werden. Leitungslähmungen betreffen entweder die Verbindungen zwischen Centren und Kernen — cerebrale Hemiplegie und Lateralsklerose — oder zwischen Kernen und Muskeln — periphere Lähmungen. Combinirte Lähmungen wären solche, wo sich eine Poliomyelitis mit einer Hemiplegie verbindet wie auch die amyotrophische Lateralsklerose. Gegenstand der Untersuchung sind hier nur die centrale corticale und die cerebrale Leitungslähmung, also die Hemiplegien. Als Material dienen 81 Krankengeschichten, die Verf. aus den Journalen und Sektionsprotocolen seines Hospitales zusammenbringen konnte. Fälle, die ursprünglich nicht mit Hinblik auf eine Benutzung der Localisationslehre aufgezeichnet waren. Darin liegt ihre Mangelhaftigkeit wie auch ihr Vorzug. Ihre Mangelhaftigkeit, indem die Topographie häufig nicht so genau, wie es sonst wohl der Fall wäre; ihr Vorzug, weil sie um so unbefangener in ihren Angaben sind. Es ergiebt sich nun, dass die Hemisphäre mit Recht in einen *motorischen* und in einen *nicht motorischen* Theil getheilt wird. Der motorische Theil, den Verfasser als „Pars media“ bezeichnet, umfasst

beide Centralwindungen mit dem Lobulus paracentralis und die Insel, mit der zu ihr gehörenden weissen Substanz. Affectionen der Ganglien ohne Mitbetheiligung der Caps. interna scheinen auch nach Verf.'s Fällen keine dauernde Lähmung zu bewirken. In Betreff der speciellen Localisation der Centren für die einzelnen Körpertheile meint Verf., dass die Theorie der begrenzten Centren noch nicht als etwas vollständig Sicheres angenommen werden sollte, dass die Centren etwas in einander hinüberflössen, sodass eine bestimmte Grenze nicht betstehe.

Bei *Hemiplegieen* sind nur die Muskeln, über die der Wille die grösste Herrschaft ausübt, gelähmt. Dass die Beine weniger afficirt sind als die Arme, kann Verf. zufolge darauf beruhen, dass den Beinen auch auf anderen Bahnen als den ausschliesslich willkürlichen, Innervationen zufliessen. Beim Gesicht können die willkürlichen Bahnen zerstört sein während die reflectorischen fortbestehen, sodass der Kranke die Muskeln der gelähmten Seite z. B. beim Lachen dennoch mitbewegt. Auf dieselbe Ursache bezieht Verf. das Erhaltensein der Bewegungen des orbic. oculi bei cerebralen Hemiplegieen. Die Rumpfmuskeln hat Verf niemals bei cerebralen Hemiplegieen gelähmt gesehen, und die Thatsache, dass die Athembewegungn der gelähmten Seite zurückbleiben gegen die der gesunden, erklärt er dadurch, dass die eigentlich der Extremitätenmuskulatur angehörenden Schultermuskeln, die bei tieferer Athmung mit als Respirationsmuskeln fungiren, gelähmt sind.

Was nun die *Monoplegieen* betrifft, so bestreitet Verf. entschieden gegenüber Munk und Wernicke, dass hier die Sensibilität herabgesetzt sei, auch sei die Bemerkung von Wernicke, dass die Monoplegia brachialis nur in einer Parese mit Erhaltensein der groben Bewegungen bestehe, ebenso wenig richtig.

Von den Bemerkungen L.'s über die späteren Erscheinungen bei Hemiplegieen wäre hervorzuheben, dass er in seltenen Fällen die Erhöhung der Sehnenreflexe auch auf der gesunden Seite beobachtet hat. Die Eintheilung der Contracturen in pasive und active (Wernicke) verwirft Verf., der sie im Uebrigen wie andere Autoren als Mitbewegungen auffasst. Sie treten etwa 2 Monate nach dem Insult auf.

Schliesslich macht Verf. einige Bemerkungen über die Wahrscheinlichkeit von Lähmungsursachen, die die Bahnen oberhalb der ersten motorischen Zellen, also Theile des psychischen Reflexbogens betreffen. Vielleicht könnten dadurch Fälle von ausnahmsweiser, sonst unerklärlicher, Localisation, von denen Verf. einen unter seiner Casuistik mittheilt, erklärt werden.

Die letzte Abhandlung hat den Titel „*Einige Worte über die partielle Epilepsie*". Verf. hält es im Allgemeinen für unmöglich, Fälle von partieller Epilepsie für Untersuchungen über die Localisation zu benutzen. „Nur unter einer Bedingung hat auch dieses Symp„tom seine grosse Bedeutung in diagnostischer Hinsicht, nämlich wenn „gleichzeitig eine Lähmung auftritt." Dann weist die partielle Epilepsie mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine Erkrankung in der motorischen Zone hin.

Den Schluss des Werkes bildet die Casuistik, die nach den betroffenen Gegenden des Gehirns eingetheilt ist. Das grösste Interesse bieten die Fälle, welche die Pars media, also die motorische Zone betreffen. Hier finden wir unter Nro. 40 auch den Eingangs erwähnten bereits früher referirten Fall. Um wenigstens noch eine ungefähre Uebersicht über das Material zu geben, sei erwähnt, dass 13 Fälle den Lobus frontalis, 6 den Lobus parietalis, 5 den Lobus occipitalis, 10 den Lobus temporalis, 10 die Pars media, 9 das C. striatum, 6 den Thalamus, 4 den Linsenkern, 2 C. striatum und Thalamus, 5 C. striatum und Linsenkern, 1 Thalamus und Linsenkern, 1 sämmtliche Ganglien betreffen. Die 9 übrigen Fälle sind unter Ueberschrift „Gemischte Fälle“ zusammengestellt. Dehn (Hamburg).

411) **A. Richter** (Dalldorf): Zur Casuistik der Sinusthrombosen. (Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro. 6.)

Es werden 4 Krankheitsbeobachtungen und Sectionsresultate von Sinusthrombosen mitgetheilt. In der ersten und dritten Beschreibung handelt es sich um Paralytiker, im zweiten um eine Altersdemenz, im 4. um einen Idioten. Die Gefässverstopfungen waren immer sehr ausgedehnt, der sinus longitud. war stets betheiligt. Im Fall 1, 3 und 4 handelte es sich um *reine Thrombosen*, in Fall 2 um *Phlebitis mit Thrombose*. Die Veranlassung war 1 × ein Cysticercus, 1 × Phlebitis, 2 × Marasmus. In den letzteren beiden Fällen bildete die Thrombose die letale Complication, machte aber allein das schliessliche Krankheitsbild aus. In Fall 2 war die Thrombenbildung bereits $^3/_4$ Jahr vor dem Tode eingetreten. — Gestützt auf seine Krankheitsgeschichten theilt Verf. *nicht* die Ansicht Wernicke's, dass die Sinusthrombose ohne Phlebitis verhältnissmässig *ungefährlich* sei. — Als diagnostisch wichtig bezeichnet R. die Venenanschwellungen auf der Kopfschwarte, im Gesicht und am Proc. mastoid., ferner die allgemeine Prostration bei der eigenthümlichen, sonst nicht zu erklärenden cyanotischen Gesichtsanschwellung. Langreuter (Dalldorf).

412) **A. Eulenburg** (Berlin): Die Osmiumsäure-Behandlung bei peripheren Neuralgien. (Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro. 7.)

E. hat die von C. Nenber (Versuche auf der Esmarch'schen Klinik) in die Therapie eingeführten *Osmiumsäureinjectionen* in 12 Fällen angewendet. Die Injections-Dosis betrug 0,05 Grm. des Medicaments in wässeriger Lösung — je nach der Intensität bis zu 14 Mal wiederholt. Für die Anwendung wichtig war der Umstand, dass die Injection fast gar keinen Schmerz und keine reactive Veränderung hervorrief, so dass es möglich war, den Einfluss in unmittelbarer Nähe des afficirten Nerven zu machen. Von den an den verschiedensten Neuralgien behandelten 12 Kranken wurden nur 3 geheilt, 4 vorübergehend gebessert. Trotz dieses im Allg. ungünstigen Resultates räth E. doch nicht ganz von dem Weitergebrauch des Mittels ab: in seinen 5 völlig ungebesserten Fällen habe es sich um schwere, veraltete Affectionen gehandelt. Langreuter (Dalldorf).

413) **Moos** (Heidelberg): Ein Fall von Neuralgie hauptsächlich im Bereiche des zweiten Trigeminus-Astes durch Exostosenbildung bedingt. (Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro. 8.)

Nach operativer Entfernung der besonders in Betracht kommenden Exostose an der hinteren Wand des rechten äusseren Gehörganges wurde dauernde Heilung der Neuralgie erzielt. Nach Ansicht des Verf. hat an der betr. Stelle eine Zerrung und Dehnung eines Trigemiuus-Zweiges stattgefunden. Langreuter (Dalldorf).

---

414) **H. Nieden**: Fall einer Sympathicusaffection im Gebiete des Auges. (Centr.-Bl. f. pr. Augenhlkde. 1884. Juniheft. Sep.-Abdr.)

Ein 51 jähr. Herr hatte, nachdem er während einer 6 tägigen Seereise im heissen August die Feuerung des Dampfers zu controliren und sich der strahlenden Wärme des Herdes auszusetzen genöthigt gewesen war, ein kaltes Rheinbad genommen und beim Eintauchen des gerötheten und erhitzen Körpers einen eigenthümlichen Shock in der rechten Schädelhälfte verspürt. Nach dem Bade empfand er dumpfen Druck in der letzteren, er fühlte hier Berührungen schwächer als links und sah im Spiegel, dass hier die Haut bleich war. Die unangenehmen Empfindungen nahmen zu, „als läge unter der Haut ein fremder Gegenstand.“ Nach einigen Tagen wurde Enge der rechten Lidspalte und Pupille bemerkt, ferner Schweisslosigkeit der rechten Kopfhälfte. Nach 30 Tagen fand N.: Injection der Conjuctiva, Lidspalte und Pupille rechts nur halb so weit als links, etwas trägere Reaction der rechten Pupille, Hyperämie des Augenhintergrundes rechts, leichtes Zurückgewichensein des rechten Bulbus. Bei Application schmerzhafter galvanischer Ströme am Halse „dilatirte sich die Pupille des rechten kranken Auges langsam bis zu der Grösse der der anderen Seite.“ Der geringe Enopthalmus wurde von dem Kranken als leichter Zug des Bulbus nach hinten empfunden, welcher bei ergiebigen Augenbewegungen hemmend wirke. Temperatur und Färbung beider Gesichtshälften waren anscheinend gleich, doch schwitzten rechts Stirn und oberes Lid nicht, hier war die Haut etwas unempfindlicher als links. N. nahm Pulsbilder beider artt. temporales mit dem Sphygmographen von Dudgeon auf. Links war die Curve normal, rechts aber erkannte man aus ihr die Lähmung des Gefässes. Dasselbe wurde durch die Pulswelle ad maximum ausgedehnt und schwang wie ein todter Gummischlauch. Man sah auf dem absteigenden Curvenschenkel 8—9 Elasticitätsschwankungen, die Grundlinie wurde bald überschritten, bald eben oder gar nicht erreicht, bevor die Curve sich wieder hob. Anderweite Störungen bestanden nicht. Die Therapie (Galvanisation am Halse, Diaphorese, Massage) hatte wenig Erfolg. Allmälig hob sich die Hyperästhesie der Stirn, die Schweisssecretion stellte sich wieder ein, blieb aber schwächer als links, Lidspalte und Pupille wurden wieder etwas weiter, der Puls der Temporalis wich weniger von der Norm ab. Immerhin bestanden alle oben aufgezählten Symptome noch nach 9 Mon., wenn auch weniger ausgeprägt.

Ref. hebt aus der interessanten und sorgfältigen Beobachtung N.'s besonders hervor, dass hier zum ersten Male sphymographische Bilder bei Sympathicuslähmung gegeben sind. Auffallend ist, dass N. die reflectorische Erweiterung der kranken Pupille erhalten fand, während Ref. in einem analogen Falle sie vermisste. Dieser Punkt bedarf wohl weiterer Untersuchung. Bemerkenswerth ist auch, dass N. den Augenhintergrund auf der kranken Seite deutlich röther fand als auf der gesunden, ebenso wie vor ihm Rieger und Förster.

Mit Recht verlegt N. die Ursache der Erkrankung auf die peripheren Sympathicuszweige. Nicht nur waren die Symptome auf das Gebiet des ersten Trigeminusastes beschränkt, sondern die Empfindungsstörungen des Kranken, welche sich kaum durch die Veränderungen der Anfälle erklären lassen dürften, wiesen auch auf eine Betheiligung der Trigeminusfasern hin. Es ist aber bekannt, dass die sympathischen Fasern des Kopfes z. Th. gemeinsam mit denen des Trigeminus verlaufen, sodass eine peripher einwirkende Schädlichkeit leicht beide treffen kann.

In einem früher von N. veröffentlichten Falle (F. v. recidivirendem Herpes zoster ophthalm. Centr.-Bl. f. Augenhlkde, 1882, Juniheft) bestanden ebenfalls Sympathicussymptome: einseitige Röthung und Hyperidrosis, Pulsbeschleunigung, Enge (doppelseitige?) der Pupille. Doch dürfte der sehr merkwürdige Fall nicht als Erkrankung des Halsstranges, sondern als Trigeminuserkrankung mit reflectorischen Sympathikussymptomen zu betrachten sein. Die Erscheinungen waren die einer äusserst heftigen, in Anfällen auftretenden Supraorbitalisneuralgie, nach deren mehrtägigem Bestehen wiederholt ein Zoster der Stirn, Lider, Nasenhaut und der Cornea auftrat mit nachfolgender Anästhesie der betr. Theile. Zugleich bestand eine traumatische Erkrankung der oberen Halswirbel, deren Zusammenhang mit der Trigeminusaffection wahrscheinlich, aber nicht ganz durchsichtig ist.

Möbius (Leipzig).

---

415) **J. Stepanow:** Zur Frage von der physiologischen und therapeutischen Wirkung der statischen Elektricität auf den menschlichen Körper. (Wratsch 1884. Nro. 27.) Vorläufige Mittheilung.

Verf. hat in der Nervenabtheilung des Docenten Drosdow Untersuchungen über den Einfluss der statischen Elektricität auf die physiologischen Functionen der Haut, Nieren und des Gefässsystems angestellt, wobei die Franklinisation nach den Methoden Drosdow's und Bendiktow's gemacht, die Hautausdünstung nach Orlow (cf. dessen Inauguraldissertation), Harn und Puls in gewöhnlicher Weise bestimmt worden. Nach 5—12 Minuten lang dauernder Einwirkung der Elektricität wurde von S. Folgendes gefunden:

1. Die Ausdünstung der franklinisirten Hautstellen vermindert sich in den meisten Fällen, während sie auf den nicht elektrisirten Stellen vermehrt wird; bei empfänglichen Subjecten traten besonders bei Elektrisation des Rückens Schweisstropfen auf Stirn, Hals, Handtellern und in den Achselhöhlen hervor.

2. Die 24 stündige Harnmenge wird grösser, bedeutend bei allgemeiner Franklinisation.

3. Der Puls ändert sich nicht nur quantitativ (Drosdow, Benediktow) sondern auch in der Weise qualitativ, dass der aufsteigende Schenkel der Pulscurve höher und geneigter wird, der Gipfel sich etwas zuspitzt und der Dicrotismus deutlicher erscheint.

4. Die Franklinisation wirkt nicht nur schmerzstillend und erfrischend, sondern auch vertheilend; in einem Falle von chronisch vergrösserten und verhärteten Submaxillardrüsen und Parotiden verkleinerte sich die eine nach 25 Minuten langen Sitzungen, nach 6 Sitzungen erweichte sie im Innern. Diese Beobachtungen werden noch fortgesetzt.

5. Bei unheilbaren anatomischen Läsionen (Tabes) verringern sich und verschwinden oft auf längere Zeit die krankhaften Erscheinungen durch Franklinisation, welche auch bei Hysterie und Nierenneurasthenie gut wirkt. Hinze (St. Petersburg).

---

416) **A. Spengler:** Fall von Meningitis cerebrospinalis in Folge von Caries des Schläfenbeins. (Wratsch 1884. Nro. 27.)

Aus der Klinik von Prof. Koschlakow.

38 jährige Wäscherin am Hospital hat vor 3 Monaten an irgend einer Typhusform krank gelegen; eine Woche vor Beginn der jetzigen Krankheit traten Kopfschmerzen auf, am 15. II. 1884 Schmerz im rechten Ohre, in der Nacht auf den 16. Eiter aus dem rechten Gehörgang, in der Nacht vom 16. auf den 17. Besinnungslosigkeit, am 17. Aufnahme in die Klinik.

Status praesens. Schlechte Ernährung, das rechte Augenlid ganz, das linke halb geschlossen, die linke Pupille weiter als die rechte und auf Licht nicht reagirend, Fehlen des linken Cornealreflexes, Zuckungen in der linken Gesichtshälfte, Lähmungen der linken Extremitäten, Rigidität der rechtsseitigen Extremitäten, Haut ganz gefühllos, tiefer Sopor. R. schnarchend 30, P. 84 klein, T. A. $40^0{,}_4$, in den Lungen neben Vesiculärathmen grossblasiges Rasseln, Blase mit Harn gefüllt, im rechten Ohrgange mit dem Spiegel nur trockener Eiter zu constatiren. 18. III. T. M. $39^0{,}_5$, A. $40^0{,}_0$. P. 86. R. 30. Entleerung mit dem Katheter von circa 200 Ctm. rothen trüben Harns mit 1,032 sp. G. und viel Eiweiss, mikroskopisch Epithel und Blutcylinder. Um 4 Uhr Nachmittags tonische Krämpfe in den Flexoren der rechten Extremitäten und klonische Zuckungen in der linken Gesichtshälfte, wobei der Kopf ein wenig nach hinten gebeugt war; sonst derselbe Zustand wie gestern. 19. III. T. M. $40^0{,}_8$, die Krämpfe in den rechten Extremitäten dauern fort, die linken bleiben gelähmt, die linke Cornea etwas getrübt, während der Krämpfe unwillkürlicher Abgang von Koth und Harn, P. nicht zu fühlen, Herztöne schwach und unzählbar, R. 30, in den Lungen grobblassiges Rasseln; um 5 Uhr p. m. Tod.

Section am 21. III. (Dr. Winogradew.) Im Arachnoidalraum röthliche trübe Flüssigkeit, an der innern Oberfläche der Dura

auf der rechten Seite, dünne, mürbe, röthliche Häutchen und Blutextravasate, die Gehirnwindungen etwas abgeflacht, die Pia zeigt längs der Gefässe, besonders rechts eitrige Infiltration und Trübung auf der Convexität des Gehirns, ist hyperämisch und schwer abziehbar, Gehirnsubstanz weich, hyperämisch, Gefässe an der Gehirnbasis normal, in den Ventrikeln etwas Serum. Der rechte Acusticus ödematös und hyperämisch, die obere Wand der Felsenbeinpyramide mürbe, enthält in ihren tiefern Schichten Eiter. Die Pia spinalis zeigt besonders an der hintern Fläche der Lendenanschwellung unter dem Mikroskop eitrige Infiltration. Im untern rechten Lungenlappen befinden sich einige hepatisirte, erbsengrosse Knoten, die linke Lunge ödematös, überall durchgängig. Herz etwas quer vergrössert, die Ventrikelwände etwas verdünnt, blassbraun, Klappen normal. Leber etwas Muscat, Milz vergrössert, $5^1/_2$″ lang, $3^1/_2$″ breit, mürbe, Nieren mürbe. Kapsel gespannt, ungleichmässig abziehbar, Rindensubstanz grau mit einigen Blutpunkten, das Epithel in den graden und gewundenen Kanälchen körnig entartet, einige Zellen enthalten röthliche Blutkörperchen, die Bowman'sche Taschen breiter, die Kerne in den Malpighi'schen Knäueln vermehrt. Die Därme blass, die solitären Follikel geschwellt, die Peyer'schen plaques grau, im Dickdarm die folliculären Drüsen geschwellt. Auf der mit Schleim bedeckten Vaginalmucosa viele schiefergraue Flecken, ein solcher findet sich auch auf der Blasenschleimhaut.

Auf Grund des Sectionsbefundes (Vergrösserung der Milz, parenchymatöse Veränderung in Leber und Nieren, Vergrösserung der Peyer'schen Drüsen und mangelnde Zeichen einer Meningitis auf dem rechten Felsenbeine) hält Verf. seinen Fall für keine einfache, sondern für eine infectiöse Meningitis, zu welcher die Caries des Felsenbeins den äussern Anstoss gab; eine Entstehung der Hirnhautentzündung durch Fortleitung der Acusticushyperämie auf die Meningen glaubt Verf. negiren zu müssen. Dazu kommt, dass zu gleicher Zeit in St. Petersburg einige Fälle von sporadischer cerebrospinaler Meningitis beobachtet worden sind und könnte das Auftreten der Infection durch bereits in der Luft anwesende Keime derselben bedingt worden sein.

Hinze (St. Petersburg).

---

417) **P. Möbius** (Leipzig): Zur Pathologie des Halssympathicus.
(Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro. 15. u. f. f.)

Im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall giebt der Verf. eine genaue Darstellung des früheren und jetzigen Standes der Kenntniss vom *menschlichen Sympathicus*. Ebenfalls werden die anatomischen und physiologischen Verhältnisse erörtert. Im April 1882 wurde ein 22 jähriger Student durch einen Messerstich in der Gegend des rechten Unterkieferwinkels verwundet und kam 4 Wochen später, in die Behandlung des Verf's. Es bestand im Allg. eine leichte rechtsseitige motorische, sensible und vasomotorische Parese der rechten Gesichtshälfte, nebst Herzpalpitationen. Eine längere Behandlung mit Massage und verschiedenen Electricitätsarten hatte nur vorübergehenden Erfolg. *Nach etwa 2 Jahren* war *folgender Zustand* vorhanden:

Die rechte Wange war flacher als die linke, die rechte Gesichtshälfte bei gleicher Färbung wärmer, das rechte Ohr röther und wärmer, das r. Auge lag tiefer, fühlte sich aber nicht weicher an, Pupille und Lidspalte rechts halb so weit als links. Links grössere Schweisssecretion. Pupillen verengernde Versuche, sowohl durch Lichteinfall und Convergenz, als reflectorische und medicamentöse ergeben meistens träge oder gar keine Verengerung rechts. Ausser diesen Symptomen war Herzpalpitation sowie einige allgemein nervöse Erscheinungen vorhanden.

Der von M. mitgetheilte Fall ist um so interessanter, als es sich — wie Verf. hervorhebt — um eine *isolirte Sympathicus-Verletzung* handelt. Bezüglich der klinischen und physiologischen Detaillirung der Einzelsymptome muss ich auf das Original verweisen, es sei nur noch erwähnt, dass der Verf. sich in seinen Schlussbemerkungen *gegen* die schematische Auffassung verschiedener Affectionen als *Sympathicuskrankheiten* wendet. Dazu gehören Migräne, die Basedow'sche Krankheit, die progressive halbseitige Gesichtsatrophie, die Angina pectoris, die progressive Muskelatrophie, das nervöse Herzklopfen — welche sämmtlich nach Ansicht des Verf. *ätiologisch* mit dem Sympathicus nichts zu thun haben.

Langreuter (Dalldorf).

---

418) **G. W. Jacoby** (New-York): The neurotic disturbances after joint affections. (Nerv-Affectionen nach Gelenksentzündungen.)

(The journal of nerv. & ment. disease. 2. 1884.)

John Hunter ist seit Hippocrates der erste gewesen, der auf das Auftreten gewisser Lähmungen nach Gelenksentzündungen aufmerksam gemacht hat, auf ihn folgten Malgaigne, Mitchell, Duchenne, Verneuil, Paget, Charcot und in letzter Zeit Valtat und Christin. Diese letzteren experimentirten an Meerschweinchen und Hunden, welchen sie Injectionen von Senföl in die Gelenke machten und hierdurch Entzündung hervorriefen, welche ihrerseits Lähmung und Atrophie sämmtlicher Muskeln des betreffenden Gliedes im Gefolge hatte. Die Muskeln, welche beim Menschen zuerst afficirt werden, sind die Extensoren. Die electr. Erregbarkeit ist meistens herabgesetzt für den galv. wie den farad. Strom. Verf. glaubt, dass die Lähmung der Entzündung rasch folgen könne.

Contracturen hat Verf. in 30 von ihm (seit Januar 1883) beobachteten Fällen nicht gesehen; wohl aber kamen Störungen der Sensibilität, sowie Neuralgieen vor. Bei Stellung der Diagnose muss man sich vor einer Verwechselung mit progressiver Muskelatrophie hüten. Der Nachweis der Entartungsreaction, die bei einfacher Lähmung mit Atrophie nicht vorhanden ist, entscheidet. Ausserdem geht bei der progr. M. die Atrophie der Lähmung voraus; auch sind die Störungen der Sensibilität nicht so deutlich ausgeprägt.

In den 30 vom Verf. beobachteten Fällen waren die Extensoren vorwiegend afficirt; nur bei den Entzündungen des Hand- und Fuss-

gelenkes waren die sämmtlichen Muskeln gleichmässig atrophirt. Bei Entzündungen der Fingergelenke litten die M. inteross. zuerst. Die Fälle, welche das Schultergelenk betrafen, waren meist Periarthritiden. Decone erklärt die Lähmung für die Folge einer Neuritis. Charcot meint sie gehe vom Rückenmark aus und sei reflectorischer Natur.

Was die Therapie anbelangt, so warnt Verf. vor Anwendung des faradischen Stromes, so lange neuralgische Schmerzen vorhanden sind; Massage hält er für das Hauptmittel, neben activen und passiven Bewegungen; oft reicht man damit nicht aus und muss den faradischen Strom zu Hilfe nehmen. Die Prognose ist bei rationeller Behandlung eine günstige. Koenig Dalldorf).

---

419) **Max Schaeffer** (Bremen): Ein Beitrag zur Frage über die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior. (recurrens). (Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro. 9.)

Der Verf. ist der Ansicht Semon's (s. Berl. kl. W. 1883. Nro. 46 ff.), dass bei Erkrankung der motorischen Kehlkopfnerven die die *Abductoren* versorgenden Fasern des N. laryngeus inferior *zuerst* ergriffen werden. Er glaubt, dass diese Affection häufig übersehen wird, weil man beim Laryngoscopiren den Untersuchten oft nur intoniren lässt; dabei kann natürlich eine Abductorenlähmung nicht constatirt werden. — In der Arbeit Schaeffer's werden 8 Krankheitsgeschichten mitgetheilt. Langreuter (Dalldorf).

---

420) **G. Jonquière** (Bern): Bleibende Lähmung der Abductorenfasern eines Stimmbandes durch Druck auf den Recurrens, verbunden mit vorübergehender Parese der Adductoren. (Berl. klin Wochschr. 1884. Nr. 14.)

An der Hand eines berichteten Krankheitsfalles bestätigt J. den Satz Semon's (resp. Rosenbach's. Ref.).

Langreuter (Dalldorf).

---

421) **Ottomar Rosenbach** (Breslau): Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des N. laryngeus recurrens. (Berl. klin. W. 1884. Nro. 17.)

B. weist seine Priorität (vor Semon) bezüglich des Satzes nach, „dass bei Compression des N. recurrens zuerst die Function der Erweiterer leidet, während die Verengerer erst später in Mitleidenschaft gezogen werden". Langreuter (Dalldorf).

---

422) **Felix Semon** (London): Ueber die Lähmung etc.
(Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro. 22.)

S. erwidert in der Prioritätsfrage, dass — während Rosenbach nur von *peripheren* Lähmungen gesprochen habe, er die primäre Störung der Glottis-Erweiterer auch bei *centralen Störungen* des Accessorius und Vagus nachgewiesen habe.

Langreuter (Dalldorf).

---

423) **Sommerbrodt** (Breslau): Mittheilung von Heilungen pathologischer Zustände, welche durch Reflexvorgänge von der Nase her bewirkt waren. (Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro. 10 u. 11.)

Nachdem Verf. schon früher obigem Gegenstande seine Aufmerksamkeit gewidmet hatte, hat er denselben nach dem Erscheinen der Brochüre von Hack in Freiburg wieder aufgenommen und ist zu sehr günstigen Resultaten gekommen, Hack hat angenommen, dass durch *Reizung* (der verschiedensten Art) der am vorderen Ende der unteren Nasenmuscheln gelegenen *cavernösen Schwellkörper Reflexe* ausgelöst werden, welche die häufige Ursache von *Migräne, Schwindel, Neuralgien* im Trigeminusgebiet *Nieskrampf, Asthma, vasomotorischen* und *secretorischen Neurosen* sind. Diese Erregungszustände sollen beseitigt werden, sobald man die genannten Schwellorgane auf operativem Wege ausschaltet. Die in dieser Richtung angestellten Beobachtungen Sommerbrodt's, welche er mit den Krankengeschichten mittheilt, sind sehr zahlreich. Seine Operationsmethode war *galvanische Cauterisation.*

Ausser den genannten Affectionen hat er noch *Reflexneurosen des Kehlkopfs* auf dieselbe Weise behandelt. Er empfiehlt sehr warm weitere Beobachtungen und Behandlungen.

Langreuter (Dalldorf).

424) **Eidam** (Gunzenhausen): Psychose nach Rheumatismus articul. acut. nach Pneumonia cruposa. (Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro. 12.)

Der erste Fall betrifft eine agitirte Melancholie nach Gelenkrheumatismus, der zweite eine „Manie" nach crupöser Pneumonie. Uebrigens liegt bei dem zweiterwähnten Kranken, einem „langjährigen Potator" der Verdacht auf Delirium tremens nahe, trotz des 2 tägigen afebrilen Spatiums zwischen Pneumonie und Psychose.

Langreuter (Dalldorf).

425) **Schöler:** Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Hemianopsie (lateralen wie temporalen). Beiträge zur Pathologie des Sehnerven und der Netzhaut bei Allgemeinerkrankungen. (Berlin 1884. H. Peters.)

Unter den 14 mitgetheilten Fällen von *Hemianopsie* gehören 12 den homonymen lateralen und 2 der temporalen Hemianopsie an. Der erstere der letzten Affection war wahrscheinlich durch *Tumor* im *vorderen oder hinteren Chiasmawinkel*, der zweite durch eine *Basalfractur* mit *wahrscheinlicher Zerreissung des Chiasmas* bedingt. Als Gelegenheitsursachen bei der homonymen H. können 4 × Lues, 1 × Flimmerscotom, 1 × Tumor, 2 × Gehirnerkrankung im Verein mit sonstigen nervösen Symptomen, und 7 × Apoplexien bezeichnet werden. Betreff des Alters standen alle an temporaler H.-Erkrankten in noch jugendlichem Alter, während die übrigen bis auf einen über 40 Jahre alt sind.

Nieden (Bochum).

426) **Theodor Wiethe** (Wien): Ein Fall von plötzlicher Amaurosis mit nachfolgender Hemianopia homonyma superior mit Sectionsbefund.
(Archiv f. Augenhlkde. XIII. 4. p. 387.)

Zu den 4 bis jetzt erst bekannt gewordenen Fällen von homonymer binoculärer Hemianopsie nach der Höhenrichtung reiht Verf. eine neue Mittheilung an, bei der es sich um ein 54jähriges Individuum handelt, welches Tags vor der Aufnahme plötzlich innerhalb $1^1/_2$ Stunden erblindet war. Anamnestisch war nur zu ermitteln, dass Patient 5 Monate vorher einen schweren Sturz auf das Hinterhaupt gethan, von dem keine Lähmungserscheinungen, indess stetiger Kopfschmerz zurückgeblieben waren. 2 Monate darnach war Apoplexie und linksseitige Hemiplegie gefolgt, die indess auch in wenig Wochen wieder zurückgegangen war, so dass der Kranke wieder arbeitsfähig war. Der augenblicklichen Attaque der Amaurosis lag keine nachweisbare Schädlichkeitsursache zu Grunde. Constatirt wurde: Pupillenstarre, Augenhintergrund normal, linksseitige Facialisparese, Zunge weicht nach rechts ab. Ageusie und Anosmie. Am 3. Tage begann das Sehvermögen zurückzukehren, doch blieb der obere Theil des Gesichtsfeldes bis zur Mittellinie, besonders rechts, amaurotisch, während die Peripherie der unteren Hälfte normal sich erwies. Gemeinsamer Sehact war erhalten, doch bestand associirte Lähmung beider Augen nach oben. Die Diagnose wurde auf basilare Blutung in der Gegend des Chiasma gestellt.

Bei dem ca. $^3/_4$ Jahr aus andern Ursachen erfolgten Tode ergab die Section: Atherose der Arterien an der Hirnbasis, ältere apoplectische Herde im linken Scheitellappen und im rechten Schläfenlappen, im linken Sehhügel und rechten Linsenkern, sowie im Mark des rechten Stirnlappens und der Rinde des rechten Sulcus olfact. Pachymeningitis chronica. Von einer Blutung in der Nähe des Chiasmas, oder der N. u. tract. optici, sowie von basilarer Blutung oder Schädelfractur war nichts zu finden.

Wahrscheinlich hat darnach eine Blutung in den beiden vordern Dritteln des Sehhügels stattgehabt, die auf den benachbart gelegenen linken vordern Vierhügel gedrückt, diesen in den rechten vordern Vierhügel comprimirt hatte, wodurch die Amaurose beider Augen, Reactionslosigkeit und abnorme Weite der Pupille, sowie Bewegungslosigkeit beider Augen nach oben ihre natürliche Erklärung finden würden.

Nieden (Bochum).

---

427) **E. Pflüger** (Bern): Microcephalie und Microphthalmie.
(Arch. f. Augenheilk. XIV. p. 1. Wiesbaden, J. F. Bergmann.)

Verf. theilt einen Fall von Trigonocephalie bei einem 11jähr. Mädchen mit, dessen Hirnschädel stark assymetrisch zu Ungunsten der linken Kopfhälfte vorn, der rechten hinten ist, doch war die Assymetrie im Stirntheile viel auffälliger. Rechts zeigte die Umfangslinie des Kopfes in der Schläfengegend eine starke Einbiegung, die links nicht bemerkbar ist. Die grösste Breite des Kopfes, 130 Mm.,

fällt nämlich weit nach hinten. Das Auffallendste am Habitus des Kopfes ist die starke Verschmälerung gegen die Stirn, durch welche der Grundriss die Form des Trigonocephalids zeigt. Die Augen zeigen beide microphthalmischen Bau mässigen Grades. Es besteht hochgradigster Nystagmus und keine centrale Fixation. Patientin fixirt, indem sie den Kopf in die äusserste Stellung nach der linken Schulter dreht und dann die Augen stark nach rechts wendet. Von Interesse ist der ophthalmoskopische Befund, der beiderseits ein Colobom der Scheide des Opticus grade nach aussen gelegen ergiebt, während das ganze Chorioideo- Retinale-Gebiet von wahrscheinlich intrauterin abgelaufenen entzündlichen Processen Zeugniss ablegt. Jedenfalls hat der Microphthalmus seinen Grund in dieser intrauterinen Chorioiditis.

Auch die Mutter der Patientin zeigte Trigonocephalie leichten Grades, hatte in Folge der Difformität der Stirntheile gleichen Gesichtsausdruck, ohne pathologische Veränderungen der Augen. Ein 2. Kind derselben war kurz nach der Geburt an Hydrocephalus gestorben.

Nieden (Bochum).

---

428) **W. Uhthoff** (Berlin): Weitere Beiträge zur Sehnervenatrophie. Beiträge zur Pathologie des Sehnerven und der Netzhaut bei Allgemeinerkrankungen aus Prof. Schöler's Klinik. (Berlin 1884. H. Peters.)

Verf. schliesst an die i. J. 1880 gegebene Zusammenstellung von 83 Fällen von Opticusatrophie (cf. Centralbl. f. N. 1880, p. 455) 100 neue Fälle an, die sich ihrem ätiologischen Momente nach so vertheilen, dass die *spinale* Sehnenatrophie mit 37% (70,2% Männer und 29,8% Frauen); solche *aus cerebraler Ursache* mit 25% (52% M. u. 48% W.); noch nicht complicirter Neuritis optica 6% (66,7% M. u. 33,3% W.); genuine einfache progressive Atrophie 5% (60% M. 40% W.); bei *Dementia paralytica* 5% (80% M. 20% W.); plötzliche einseitige (Embolie arteriae centr. retinae) 5% (20% M. u. 80% W.); bei hereditärer Grundlage 3% (66,7% M. u. 33,3% W.); nach Trauma 3% (66,7% M. u. 33,3% W.); bei path. Processen der Orbita 2% (50% M. u. 50% W.); bei *Bleiintoxication* 2% (100% M.); nach Blutverlust 2% (100% W.); in Folge von *Alcoholismus* 2% (100% M.); als solche von Nephritis 1% (100% W.); bei *railway Spine* 1% (100% M.); bei *epileptiformen Anfällen* 1% (100% M.); figuriren. Eine nähere Beleuchtung der Fälle der einzelnen Categorien folgt mit kurzer Mittheilung der interessanten Krankengeschichten.

Nieden (Bochum).

---

429) **Isaak Ott**: The relation of the nervous system to the temperature of the body. (Der Einfluss des Nervensystems auf die Körpertemperatur.) (The journal of nerv. & ment. disease. 2. 1884.)

Der Beweis dafür, dass das Nervensystem einen directen Einfluss auf die Körpertemperatur ausübt, kann auf dreierlei Weise geführt werden, thermometrisch, chemisch und calorimetrisch. Tscheschichin war der erste, der auf die Existenz eines hemmenden Wärmecentrums hinwies. Verfasser gibt nun ein Resumé der in der Literatur vor-

handenen experimentellen Arbeiten, hauptsächlich deutscher Autoren. Kalorimetrische Beweise führten Senator, Leyden und Wood. S. erklärt das Fieber für eine Folge erhöhter Wärmeproduction. Wood bestätigt die Theorie Tscheschechin's, dass das hemmende Wärmecentrum wahrscheinlich in der Brücke sich befindet.

Verfasser benutzte zu seinen Experimenten das Arsonvalsche Calorimeter und den Voit'schen Respirationsapparat; zu Versuchsthieren nahm er Kaninchen und Hunde, und seine Methode war die, dass er transversale Schnitte machte, und zwar nicht vom Rückenmark anfangend nach oben hin, sondern umgekehrt führte er den ersten Schnitt durch den Stirnlappen, die Temperatur wurde im Rectum gemessen. Durch seine Experimente kam O. zu dem Schlusse, dass die Wärmecentra in der Nachbarschaft der Corpora striata liegen. Verfasser meint, dieses Resultat seiner Untersuchungen werde durch die Thatsache bestätigt, dass eine ausgedehnte Läsion der caps. int. oft mit bedeutender Temperaturerhöhung einhergeht. Koenig (Dalldorf).

---

430) **C. L. Vana** (New-York): On morbid drosiness et somnolane. A contribution to the pathology of sleep. (Ueber krankhafte Schläfrigkeit und Schlafsucht. Ein Beitrag zur Pathologie des Schlafes.) (The journal of nerv. & ment. disease. 2. 1884.)

Verfasser will bloss die Fälle berücksichtigen, die auf hysterischer, epilept. oder neurasthen. Basis beruhen. Die Schlafsucht zeigt sich in verschiedener Weise.

1. Die Patienten leiden an einfacher Prolongation des natürlichen Schlafes; sie schlafen 14—18 Stunden täglich. Nach dem Erwachen fühlen sie sich nicht schläfrig.

2. Die Patienten leiden an persistirender Schläfrigkeit, der sie öfters unterliegen.

3. Die Patienten sind häufig kurzen Anfällen von Schlafsucht unterworfen, ohne in den Zwischenzeiten schläfrig zu sein.

4. In einzelnen Fällen findet man einzelne oder öfter sich wiederholende prolongirte Anfälle von Lethargie. Dies sind die Fälle, die zuweilen als „schlafende Menschen" bezeichnet worden sind.

5. Endlich leiden einige — das ist der am häufigsten vorkommende Fall — an period. Anfällen von Schlafsucht, welche Monate lang dauern können. Die Gesundheit der Patienten leidet gewöhnlich darunter, das Bewusstsein ist während des Schlafzustandes zuweilen vorhanden, die Pupillen sind erweitert; die Reflexe nur in den schwersten Fällen aufgehoben. Diese Schlafzustände sind chronisch, treten periodisch auf und verlieren sich oft erst nach Jahren. Die prädisponirenden Ursachen sind in einer neuropath. Anlage zu suchen; diese kann erworben oder vererbt sein. Das weibliche Geschlecht wird öfter befallen; das Verhältniss zu dem männlichen in dieser Beziehung ist etwa 2 : 1. Das Alter der Patienten schwankt zwischen 11 und 47 J. Die Therapie ist im Allgemeinen eine symptomatische.

Zum Schluss bringt Verfasser eine Reihe von Krankengeschichten, zum Theil aus der eigenen Praxis. König (Dalldorf).

---

431) **James G. Kiernan** (Chicago): Feigned insanity. An enquiry into the validity of the reasons for recent diagnoses of this kind. (Sind die Gründe, welche zur Bekräftigung der in der letzten Zeit gestellten Diagnosen auf Simulation angeführt wurden, stichhaltig?)

Die Diagnose auf Simulation ist eine sehr schwierige, namentlich sind Paralytiker schon oft für Simulanten gehalten worden, weil sie z. B. eben Gesagtes vergessen hatten, während das Gedächtniss für längst vergangene Ereignisse ein sehr gutes war. Auch solche sind schon für Simulanten gehalten worden, bei denen hypochondrische Ideen plötzlich von den crassesten Grössenideen abgelöst wurden.

Le Grand de Saulle's Ansicht, dass Simulation ein gesundes Gehirn voraussetze, sei nicht richtig. Verf. führt nun eine Reihe von Fällen aus der Literatur an, welche beweisen, dass Geisteskranke oft simuliren in der Hoffnung, daraufhin freigesprochen zu werden.

Bei der Untersuchung eines zweifelhaften Falles soll sich der betreffende Arzt fragen, ob die Symptome, welche der Patient darbietet, auf eine bestimmte Psychose schliessen lassen; ist dies nicht der Fall, so muss er an Simulation denken, und nachzuweisen suchen, dass eine Psychose irgend einer Art überhaupt nicht vorliegt.

Koenig (Dalldosf).

---

432) **Chamberd** (Lyon): Une famille de névropathes. (Eine neuropathische Familie.) (Ann. méd. psycholog. März 1884.)

Stammbaum einer neuropathischen Familie, von der Verf. 3 Mitglieder, Frau D. nebst Kinder selbst beobachtet hat. Die Dermatose bei dem jüngsten Knaben dieser Familie erscheint ihm als eine schwere Manifestation physischer Degeneration.

Väterlicherseits.

Grossonkel	Grossmutter	Grossvater
Egoist u. auffallender Charakter.	?	Maniacus; auffallend.
Onkel		Tante
Melancholiker.		Hysterica.
Vetter und Gatte		Mar. D.
Geistesschwach u. Trinker.	Hysterica.	Somnambule „délire émolif“.
Sohn		Tochter
„Irritation cérébrale.“	Prurigo chron.	Epileptisch.

Mütterlicherseits.

Grossmutter	Grossvatter	Vater	Mutter
?	?	auffallend.	Somnambule.
Bruder	Bruder		Bruder
Moralischer Irrsinn.	Epileptisch.		Geistesgesund.

Otto (Dalldorf).

---

433) **Bigot** (Vaucluse): Crises d'hystérie chez un homme atteint de paralysie générale. (Hysterische Anfälle bei einem Paralytiker.) (Ann. méd. psycholog. März 1884.)

Ein seit 2 Jahren an Paralyse erkrankter 39 jähriger Mann, der

sonst nichts bemerkenswerthes dargeboten hatte, bekam plötzlich hysterische Anfälle. Er liess sich hinfallen, schrie mit weitgeöffnetem Munde und streckte die Zunge heraus. Die Augen standen nach oben, Thränen flossen, die Respiration war erschwert; dabei Greifen mit beiden Händen nach der Gurgel, als ob er keine Luft hätte. Ausserdem verschiedene ausgiebige Bewegungen, Torsionen des Körpers, Opistothonus, Krümmungen des Rumpfes, sodass der Körper nur vom Hinterhaupt und den Fersen unterstützt war. Die Dauer der Anfälle betrug bis $^3/_4$ St. und sie wiederholten sich täglich 8—10—14 mal. Nach 11 tägiger Dauer dieses Zustandes starb der Kranke plötzlich. Am Gehirn wurden die Erscheinungen der Paralyse gefunden. Die Todesursache war Lungenhyperämie. Otto (Dalldorf).

---

434) **M. Jacoby** (Bromberg): Ein Fall von ascendirender Paralyse. (Berl. klin. Wochschr. 1884. Nro 20.)

Die Affection entstand nach (durch ein kaltes Fussbad) unterdrückten Fussschweissen und endete am 27. Tage mit dem Tode, der durch Respirationsmuskellähmung eintrat. Symptome und Verlauf sprachen für Landry'sche Paralyse. Die Section wurde nicht gestattet. Langreuter (Dalldorf).

---

434) **Pitres** (Bordeaux): Des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive. (Ueber Anfälle von Steifheit in den Muskeln im Beginn der Tabes.) (Le Progrè méd. Nro. 28. 1884.)

Verf. hat bei einigen Tabikern im Beginne der Krankheit, wo noch alle andere Symptome fehlten, eigenthümliche Anfälle von Muskelsteifigkeit beobachtet. Dieselben treten ohne erkennbare Veranlassung plötzlich auf, dauern einige Stunden oder Tage an und verschwinden ohne bleibende Beschwerden zurückzulassen. Derartige Anfälle stellen sich in verschiedenen Intervallen, täglich, wöchentlich oder von Zeit zu Zeit ein. Die sie characterisirenden Schmerzen sind nicht heftig und lancinirend, wie es gewöhnlich die blitzartigen Schmerzen sind. Sie bestehen in einer unangenehmen Sensation von Ermüdung und Abgeschlagenheit in den Muskeln, wie sie sich bei Gesunden nach einer übermässigen körperlichen Anstrengung (Fechten, Reiten, Schwimmen) einzustellen pflegt. Diese Sensation wird in den Muskeln der Extremitäten oder in den Sacro-Lumbalmuskeln wahrgenommen und kann so intensiv sein, dass kräftige Individuen mitten am Tage gezwungen werden, das Bett aufzusuchen und in der Rückenlage zu verharren, bis der Anfall vorüber ist. Solche Erscheinungen können Jahre lang das einzige Symptom der Krankheit ausmachen. Bei 3 Patienten, die P. beobachtete, gegen diese Anfälle den zweifellosen Symptomen der Tabes voraus und verschwanden, als letztere sich einstellten.

In der ersten ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte handelt es sich um einen 41 jährigen Mann mit ausgesprochener Ataxie, bei dem die Anfälle von schmerzhafter Muskelsteifigkeit ein Jahr vor dem Erscheinen der blitzartigen Schmerzen auftraten. Im zweiten Falle wurden $1^1/_2$ Jahre vor Ausbruch der Krankheit die eben beschriebenen Anfälle constatirt. Der dritte Fall betrifft einen 37 jährigen Weinhändler, der sich 1870 syphilitisch inficirte und seit 1871 häufig an der geschilderten Muskelsensation zu leiden hatte. 10 Jahre später traten die Symptome der Ataxie locomotrice progressive und vollständige Erblindung ein.

Verf. will das vorerwähnte Phänomen durchaus nicht der gewöhnlichen physiologsichen Muskelermüdung gleichgestellt wissen, da es plötzlich ohne jede Veranlassung auftritt und ebenso verschwindet. Wenn eingewendet wird, dass Tabiker schneller ermüden als Gesunde, so lässt sich das bei vorhandener Ataxie leicht erklären. In den vorher citirten Fällen war indessen noch keine Spur von Ataxie oder Motilitätsstörung zu constatiren gewesen. Es liegt die Annahme nahe, dass diese Anfälle (Crisen) in manchen Fällen in ähnlicher Weise zu den Anfangssymptomen der Tabes gehören wie die blitzartigen Schmerzen in den Extremitäten und den Visceralcrisen. Wahrscheinlich handelt es sich hierbei um eine isolirte Affection der sensibeln Muskelnerven.

Rabow (Berlin).

---

436) **Narvaud**: La folie, l'alcoolisme et le suicide dans l'armée française. (Geistesstörung, Alkoholismus und Selbstmord in der französischen Armee.) (Auszug aus den Ann. d'hygiène puplique etc. December 1883, mitgetheilt in Ann. méd. psycholog. Januar 1884.)

Geistesstörung: Von 1875—79 wurden 885 Soldaten als geisteskrank in die Anstalten aufgenommen, also jährlich 177 oder 0,44 : 1000 des Effektivstandes der Armee. Auf 1000 Aufnahmen überhaupt in Irrenanstalten kamen von 1872—79 Soldaten 1,5. Das Verhältniss der aufgenommenen Soldaten zu den aufgenommenen Ackerbauern ist 12 : 1. Letztere verbleiben in der Familie in einem Drittel der Fälle. Ueberhaupt sind die Bedingungen für die Entwicklung der Geistesstörung in der Armee günstiger als im Civilleben. Die Offiziere werden am stärksten betroffen, dann die Unteroffiziere, am wenigsten die Soldaten. Unter den geisteskranken Offizieren ist die Hälfte bis Dreiviertel paralytisch, bei den Soldaten kommt Manie und Melancholie, später Alkoholismus vor. Die Gefahr der Erkrankung wächst mit der Dienstzeit und scheint nach 14 Jahren fast vervierfacht.

Alkoholismus: Akuter A. ist bei jüngeren Soldaten selten, chron. A. häufig bei alten Soldaten Unteroffizieren. Von 1875—79 wurden deswegen 452 aufgenommen und starben 89, also 18 Todesfälle pro Jahr, 1 auf 25000 Mann, während in England 13 auf 100,000 kommen.

Selbstmord: 1862—69 kam 1 Fall auf 2000 Mann, in Paris 0,4 : 1000, in Frankreich 0,1 : 1000 im allgemeinen.

1872—79 kamen 3,3 Todesfälle durch Selbstmord auf 100 Todesfälle oder 0,35 pro 1000 Mann Effektivbestand. In der Civilbevölkerung dagegen gab es auf 1000 im Alter von 20—30 J. 0,11
„ 1000 Landleute 0,13
„ 1000 Städter 0,23

Nach den Monaten vertheilten sich die meisten Fälle von Selbstmord beim Militair auf Juli, August und wurden meist Schusswaffen benutzt. Otto (Dalldorf).

---

437) **J. Weiss** (Wien): Ueber Epilepsie und deren Behandlung.
(Wiener Klinik, April 1884. Wien, Urban & Schwarzenberg.)

Vorliegender Vortrag ist geeignet, die wesentlichen Wandlungen resp. Bereicherungen, die der Krankheitsbegriff der Ep., besonders nach der klinischen Seite, in neuerer Zeit durchgemacht, darzulegen. Es bedarf kaum der Erwähnung, dass dies hauptsächlich Folge der Einbeziehung gewisser Irrsinnsformen in den Symptomencomplex der Ep. ist. Der Standpunkt des Verf.'s erhellt schon aus seiner Definition der E. „*Die Epilepsie ist eine chronische Cerebralerkrankung „die in periodisch wiederkehrenden Anfällen von plötzlich ausbrechen„den und ebenso rasch wieder abfallenden cerebralen Krankheitser„scheinungen psychischer oder motorischer Natur mit nachfolgender „mehr weniger vollständiger Amnesie besteht*“. Diese Definition umfasst, wie man sieht, gleicherweise die Krampfepilepsie und die psychische Ep., welche letztere demnach nicht als Complication resp. Folgezustand der ersteren, sondern als eine gleichwerthige und unabhängige Erscheinungsform derselben Cerebrose erscheint. Auch liegt dieser Definition zufolge, das entscheidende diagnostische Merkmal in der *typischen* von der aller anderen Gehirnaffectionen total abweichenden *Verlaufsweise*. Dagegen wird weder den Convulsionen, die diese Bedeutung ja schon seit Aufstellung des „petit mal“ verloren haben, noch auch der Bewusstlosigkeit ein pathognomonischer Character zuerkannt. Verf. setzt vielmehr statt der Bewusstlosigkeit einen „*eigenthümlichen Bewusstseinszustand.*“ Er meint, dass die Vorgänge während eines psychischen Anfalls als solche „bewusste“ sind, dass nicht erwiesen sei, „dass Amnesie und Bewusstlosigkeit „Erscheinungsweisen desselben cerebralen Grundzustandes sind.“ Die Vorgänge des epilept. Anfalls sind dem Verf. „Ausfluss eines ganz „abgegrenzten, von dem ganzen anderen psychischen Mechanismus „ausgeschalteten, cerebralen Reizzustandes . . . . . eine reflectorische „knappe Verbindung zwischen den einzelnen pathologischen psychi„schen Vorgängen und der mit diesen einhergehenden Bewegungser„scheinungen.“

Bei Besprechung der Phasen des Anfalls hebt Verf. hervor, dass die oft behauptete *Gleichheit der Erscheinungen* bei den verschiedenen Anfällen desselben Individuums vielmehr von den den Anfall einleitenden Erscheinungen und Znständen gelte, als von den dem Anfalle nach-

folgenden. Bei den Anfällen mit psychopathischen Erscheinungen wird nochmals hervorgehoben, dass nicht die Art der Krankheitserscheinungen sondern nur der Verlauf entscheidend sei.

Was die *Pathologie* der Ep. betrifft, so ist Verf. der Ansicht, dass „wahrscheinlich verschiedene Processe an verschiedenen Punkten „des Centralnervensystems die gleiche Symptomenreihe auszulösen im „Stande sein dürften." Doch kann der epil. Anfall „nicht gedacht werden ohne Antheilnahme der grauen Rinde des Grosshirns." Es „kann ferner als wahrscheinlich angenommen werden, dass die cere„brale Grundlage der Ep. nur in einer vorübergehenden und periodisch „wiederkehrenden Veränderung bestehen muss."

Bei Erörterung der *Aetiologie* wird nächst der hereditären Veranlagung besonders der Einfluss der *infantilen Gehirnerkrankungen*, z. B. der „Fraisen" hervorgehoben.

In Betreff der *Behandlung* wäre zu erwähnen, dass Verf. als Mittel zum Coupiren des Status epilepticus ausreichende Dosen von narcotischen Mitteln — Morphium subcutan, Chloralhydrat allein oder mit Morphium per os oder clysma empfiehlt. Im Uebrigen ist auch für W. Bromkalium das wirksamste Mittel. Er bedient sich nur relativ kleiner Dosen, 2—3 Grm. 1—2 Mal p. die.

Den Schluss der Abhandlung bildet eine kurze Besprechung der *forensischen* Bedeutung der Epilepsie. Dehn (Hamburg).

II. Aus den Vereinen.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 26. April 1884.

438) **Gley** hat sich ein Thermometer construiren lassen, um seine Körpertemperatur (im Rectum) während der geistigen Thätigkeit und Ruhe zu studiren. Er fand eine constante Erhöhung während der psychischen Arbeit und einen Fall der Temperatur um $^1/_{10}$ Grad während der geistigen Ruhe.

439) **Laborde** macht Mittheilung über *subcutane Injectionen von Chloroform*. Während Bouchard nach Einspritzungen von 1 bis 2 Cubikcentim. bei 2 Kilogramm wiegenden Kaninchen zuerst schwache Narcose, dann Wohlbefinden und 24 Stunden später Tod eintreten sah, fand L., dass weit grössere Dosen erforderlich seien, den Tod herbei zu führen und dass letzterer viel später eintrete, als Bouchard angegeben, nämlich erst am 5. oder 6. Tage nach der Injection. L. hat gleichfalls beständig Albuminurie gefunden. Die Thiere waren congestionirt ohne Veränderung der Epithelien darzubieten. Buchard hatte die Hypothese aufgestellt, dass der Tod aus cerebraler Ursache eintrete. Für L. ist die Hypothese zur reinen Realität geworden, denn er hat die Med. oblong. besonders an der Ursprungsstelle des Pneumo-

gastricus makroskopisch und mikroskopisch sehr congestionirt gesehen. Diese Veränderung des vierten Ventrikels dürfte allein ausreichen, die Albuminurie zu erklären. Ausserdem werden dadurch die von Seiten der Lungen wahrgenommene Erscheinungen Emphysem, punktförmige Exchymosen, Phänomene, welche auch nach Durchschneidung des Pneumogastricus eintreten. — Der Tod ist also in diesen Fällen dem durch Inhalation veranlassten gänzlich analog.

Sitzung vom 21. Juni 1884. (Le Progrès méd. Nro. 26. 1884.)

440) **Déjerine** hat im weiteren Verlaufe seiner Beobahtungen über die *Veränderungen peripherer Nerven bei Tabikern* einen Fall von combinirter Hinter- und Seitenstrangssklerose untersucht. Bei dem betreffenden Individuum, das während des Lebens eine vollständige Anästhesie der unteren Extremitäten und eine sensible Fläche in der Gegend des rechten Knies darbot, fand D. p. m. eine erhebliche Alteration der peripheren Nerven. Die sensible Fläche war dabei intact geblieben. Die Läsionen waren im Rückenmark und in den Wurzeln verhältnissmässig weniger ausgeprägt als in den Nerven. Nicht alle Ataxien verhalten sich in derselben Weise. In manchen Fällen spielen derartige localisirte Neuritiden die Hauptrolle.

441) **Brown-Séquard** hat einen *Epileptiker*, der sich den Arm gebrochen, acht Tage hindurch in der Chloroformnarkose gehalten. Auf diese Weise hat er einen neuen Anfall verhütet.

II. Academie des Sciences.

Sitzung vom April 1884. (Le Progrès med. Nro. 18. 1884.)

442) **Richet's** Untersuchungen über den *Einfluss der Hirnläsionen auf die Temperatur* ergeben, dass das, was bisher für den Cervicaltheil des Rückenmarks und die Med. oblong. galt, auch für das Gehirn seine Gültigkeit hat. Eine Verletzung der Hirnoberfläche hat eine bedeutende Temperatursteigerung im Gefolge. Dieselbe kann bis auf 42^0 gehen. Es existirt, ausserhalb jeder Infection, ein merkliches traumatisches Cerebralfieber.

III. Academie de Médecin.

Sitzung vom 29. April 1884.

443) **Constantin Paul:** *Ueber die Rolle der Seitenventrikel bei Veränderungen des Hirnvolumens.* Das Gehirn kann atrophiren und hypertrophiren. Die Volumsveränderungen, die es dabei erleidet, haben wiederum Variationen in entgegengesetzter Richtung in der Menge der Cerebro-spinalflüssigkeit zur Folge. In den Fällen von Atrophie häuft sich die Flüssigkeit in der Ventrikelhöhle an, woselbst sie eine förmliche Ausbuchtung bildet und durch ihr Volumen die Windungen hindert, sich vom Schädelgewölbe zu entfernen. Vermöge der Erweiterung der Ventrikel erhalten die Windungen eine grössere Fixität und das Gehirn kann in seinem Volumen erheblich schwanken, ohne dass dadurch die Oberfläche der Windungen modificirt wird.

444) **Blykaerts:** *Un cas d'impressionabilité nerveuse.* (Fall von nervöser Impressionabilität.) (Le Progrès méd. Nro. 25. 1884.)

Blykaerts berichtet über einen 13jährigen gesunden Knaben aus gesunder Familie, der durch das Schneiden der Haare in der eigenthümlichsten Weise beeinflusst wird. Er fällt in Ohnmacht, sobald der Coiffeur ihm mit der Scheere ans Haar kommt. Bei den ersten Schnitten wird er von Fieberschauer überfallen, dann stellen sich Ohrenklingen, Ohrensausen und Schwindel ein. Gleichzeitig ist das Sehen getrübt, der Puls klein und bald ist die Ohnmacht vollständig. Dieselbe dauert 5 bis 6 Minuten und ist von Erbrechen gefolgt. — B. versuchte diese Empfindlichkeit abzustumpfen. Er forderte den Knaben auf, die Scheere selbst häufig in die Hand zu nehmen, dann sich jeden Tag ein Haar abschneiden zu lassen, später täglich eine Locke. Gegenwärtig ist der Knabe von dieser Impressionabilität geheilt. Er lässt sich scheeren wie ein Hammel.

Rabow (Berlin).

III. Tagesgeschichte.

Dr. Franz Tuczeck in Marburg hat sich am 6. August für Psychiatrie habilitirt.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bunzlau, II. Arzt, M. 2400, freie Wohnung etc. 2) Leipzig, Irrenklinik, Assistenzarzt, 1. Oct. 1500 M., fr. Stat. 3) Allenberg Volontairarzt. 4) Dalldorf, Volontairarzt, 600 M. 5) Illenau, Hilfsarzt, 1200 M., freie Station. 6) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt sofort, erstes Jahr M. 1440, zweites Jahr M. 1620. Verpflichtung auf 2 Jahre. 7) Kaiserswerth, 3000 M. freie Wohnung. 8) Eichberg im Rheingau, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 9) Eberswalde, Provinzialirrenanstalt, 2. Hilfsarzt, 1200 M., freie Station. Meldung sofort zu richten an Geh. Sanitätsrath Dr. Zinn, Eberswalde.

Besetzte Stellen. Alt-Scherbitz, Assistenzarzt Herr Dr. Werner, Volontairarzt Herr Dr. Haardt.

Todesfälle. Dr. Hahn, früher Assistenzarzt in Alt-Scherbitz. Geh. Med.-Rath Dr. Ehrt, Director in Hubertusburg.

Redaction: Dr. L. Goldstein in Aachen.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 1. September 1884. Nro. 17.

INHALT.

I. Originalien. Wilh. Theodor von Renz: Tabes dorsalis und Syphilis.
II. Original-Vereinsberichte. Aus der neurologischen Section des internationalen Congresses zu Kopenhagen.
III. Referate und Kritiken. Hughes: Migraine. Crothers: Inebriate automatism. Crothers: Trunksucht im Zusammenhang mit Schwachsinn. Dubay: Neuere metallo-therapeutische Fälle. Szeude: Ein Fall von Hernia cerebri totalis. Binswanger: Ueber die pathologische Histologie der Dementia paralytika. Barlanghi: Beiträge zur Aetiologie der Psychosen. Binswanger: Kasuistische Beiträge zur gerichtlichen Psychopathologie.
IV. Personalien.

I. Originalien.

Tabes dorsalis und Syphilis.

Eine vorläufige Mittheilung

von

Dr. WILH. THEODOR VON RENZ.

Unter obigem Index oder vielmehr unter dem Thema: „Die *Tabes und der III. und IV. Sacral-Nerv*" wollte ich, ein friedliebender Schwabe, bei der letzten Neurologen-Versammlung in Baden-Baden (welche zu besuchen ich noch in letzter Stunde leider verhindert war) die Fahne des Friedens in dem Streite entfalten, der sich seit einigen Jahren namentlich unter den deutschen neurologischen Fachgenossen entsponnen hat, Fachgenossen, die ich seit vielen Jahren persönlich kenne und — jeden in seiner Art — hochschätze. Diese Collegen alle wissen, dass ich seit mehr als 3 Lustern an einem der ersten Nervenbäder Deutschlands einem ansehnlichen Badspitale vorstehe, und konnten desshalb — zumal auch sie mich kennen — längst von mir erwarten, dass ich mich an der Discussion über die *Tabes-Syphilis*-Frage betheilige. In der That habe ich dies auch einmal (ebenfalls in Baden-Baden gelegentlich der dortigen Naturforscher-Versammlung) gethan und damals für die *Mercurial*-Behandlung, die, wenn mit Mass

angewandt, ich damals noch für eine durchaus unschuldige Methode der *Tabes-Therapie* hielt, mit wenigen Worten plaidirt. Meine Ansichten hierüber haben sich jedoch indessen theils durch unbefriedigende Resultate theils durch fortgesetzte klinische Untersuchungen sehr geändert. Schon seit 17 Jahren nämlich beschäftige ich mich bei den verschiedensten Rückenmarkskranken mit Feststellung der Sensibilitäts-Grade und ihrer Grenzen. Meine Photographieen und Zeichnungen davon, die ich von Anfang an den mich besuchenden Fachgenossen jederzeit ohne Rückhalt vorgezeigt habe, haben sich im Laufe der Jahre zu mehreren Dutzenden angehäuft, und werde ich mich über meine Befunde kommenden Winter in einer Specialschrift äussern. Bei diesen Untersuchnngen nun fiel mir bald auf und es bestätigte sich auch je länger je mehr, dass bei *Tabikern ganz ausnahmslos* — sei es allein, sei es, wie z. B. bei manchen Refrigerations-Tabikern, anschliessend an andere anliegende Nervengebiete — die *cutanen Verbreitungsbezirke der Aeste des* sog. *plexus pudendo-haemorrhoïdalis* — sei es, was das häufigere insgesammt, sei es was das seltenere, nur in einem grösseren Theil seines Verästelungsgebietes — *hyp*aesthetisch*) sind.

Die häufigste Combination ist die der mitbestehenden *Hypaesthesie* des sog. plexus coccygeus. Von den Nerven des plexus pudendo-haemorrhoidalis sind am constantesten der Bezirk des N. perinei sammt seinen Scrotal-Aesten hypaesthetisch. Von den Zweigen des N. dorsalis penis zeigen meist zuerst die der Unterfläche des penis, dann die der Eichel und endlich die der oberen Fläche verminderte Aesthesie. Doch zeigt dieses scheinbare Gesetz der „ascendirenden Hypaesthesie" nicht selten Lücken, so dass z. B. die Eichel nahezu normale Aesthesie zeigt, während die Ruthenhaut selbst schon beträchtlich hypaesthetisch ist u. s. f. Jedenfalls aber ist die complete oder insulaere Hypaesthesie in den eben bezeichneten Gebieten ein ganz charakteristisches und eines der ersten, wenn nicht geradezu das *erste* Symptom der Tabes dorsalis. Ich habe es sogar in den wenigen Fällen nie vermisst, wo trotz seit Jahren bestandener gastrischer Krisen und trotz der bekannten rheumatoid-neuralgischen, oft überaus heftigen, Attaquen in den verschiedensten Nervenästen der unteren und oberen Extremitäten sowie des Rumpfes nicht bloss noch deutliche, sondern in einem Falle sogar *sehr* gesteigerte Patellar-Reflexe bestanden haben. Solche pseudo-neuralgische Krisen in den *Hautästen* des Plexus pudendo-haemorrhoidalis habe ich allerdings merkwürdiger Weise nie beobachtet, wohl aber gehören krampfhafte oder paretische Zustände in den Sphinc-

*) Die *Hyp*aesthesie dieser Gegend bei Tabikern steht in einem gewissen Gegensatz zu den Befunden bei den sog. *spastischen Spinalparalysen.* Entsprechend dem Umstande, dass bei diesen die Harnorgane meist functionell intact gefunden werden, besteht mit ganz seltenen Ausnahmen, die dann aber auch in diesem Bereiche nicht ganz normal functioniren, sogar eine cutane *Hyper*aesthesie, die ihrerseits genau wieder auf das Gebiet des plexus pudendo-haemorrhoidalis begrenzt ist.

teren der Blase und des Rectums nicht selten zu den frühesten Initial-Symptomen der Tabiker. —

Was soll nun das Alles? — Ich antworte hierauf mit dem Schlusswort, mit dem ich heuer im Mai (in welchem Monate ich seit Jahren ein paar Collegen unter Vorstellung von Kranken in die Pathologie des Rückenmarks einführe) einen meiner Tabes-Vorträge endigte: „Hiermit, m. H., habe ich Ihnen fünf wahre Schulfälle von Tabes — 1 Mann und 4 Frauen — vorgestellt. Bei *keinem* der fünf Fälle war auch nur der mindeste Anhaltspunkt für einen syphilitischen Ursprung ihrer Tabes zu gewinnen; ja es hat selbst nicht einmal eine der Frauen (worauf erst allerjüngst Möbius hinwies) in suspect-syphilitischer Weise abortirt u. dergl. Dagegen bieten alle fünf die ausgesprochenste *Hypaesthesie* in dem einst von dem viel vergessenen Voigt so richtig abgegrenzten und von ihm so classisch beschriebenen „unteren Verästelungsgebiete des Beckens" d. i. dem cutanen Verbreitungsgebiete des plexus pudendo-haemorrhoidalis und coccygeus. Was soll nun aber dieser unser Befund Anderes heissen, als dass *unterhalb* derjenigen Rückenmarks-Segmente, deren Reflexbahnen, bei den Westphal'schen Ausfallsymptomen (Fehlen der Patellarreflexe und des Fussclonus) irgend degenerativ Noth gelitten haben *müssen*, früher oder mindestens stets gleichzeitig noch andere Nervenbahnen an ihrer Leitungsfähigkeit eingebüsst haben, und zwar sind dies merkwürdiger Weise gerade Nervenbahnen, an welche in dem gegenwärtigen Streit „Tabes-Syphilis" bis jetzt Niemand auch nur gedacht hätte, obgleich es wirklich nicht ferne lag. Ich möchte Ihnen überhaupt als eine der bei mir feststehendsten Ueberzeugungen die aussprechen, dass bei bestimmten Spinalerkrankungen (z. B. vielen acuten Leptomeningiten, vielen Fällen von Tabes, bei disseminirter acuter Myelitis u. dergl.) der *Einsatz* der das Centralleiden im Gefolge habenden Noxe ein *peripherischer* ist. Bei acuten Leptomeningiten z. B., die durch eclatante Erkältungen veranlasst worden sind, ist ja der *Causal*-Nexus ein unbezweifelter. Ob aber auch der *anatomische?* Es ist in diesen Fällen gewiss die Erwägung sehr am Platze, ob die hier so charakteristische grosse Druck-Empfindlichkeit und die ziehenden Schmerzen in den verschiedensten peripheren Nervenstämmen, welche man als periphere Fortsetzung centraler Hüllenreizung — sage als secundäre Erscheinung aufzufassen — gewohnt ist, nicht vielmehr auf die *periphere* refrigeratorische *Nervenlaesion* selbst zurückzuführen seien. Das, was sich bei einer anderen Erkrankung, der sog. multipeln Neuritis, in mehr chronischer Weise und in centripetaler Progression bevorzugt in der eigentlichen Nervensubstanz abspielt, wäre nach dieser von mir vertretenen Auffassung mehr shokweise zunächst *peri*neuritisch und baldigst — im Continitätszusammenhang — *zugleich* leptomeningitisch als ein einziges compactes peripherisch-centrales Krankheitsbild gegeben. Bei Tabes plaidirte vor mehr als zwanzig Jahren der erste deutsche Monograph der grauen Hinterstrangsklerose, Leyden, — allerdings mit späteren Restrictionen — für *peripheren* Nervenbeginn. Für die Refrigerations-Tabes, von der ich Ihnen einen ganz charakteristischen Fall

vorzuführen Gelegenheit hatte, kann der periphere Einsatz auch nicht dem entferntesten Zweifel unterliegen. Es handelt sich hier primär um eine äusserst heftige refrigeratorische Laesion der peripheren Enden einer grösseren Anzahl sensibeler Haut-Nerven, welche zur Degeneration derselben führt. Letztere schreitet dem Waller'schen Gesetze entsprechend centripetal fort und erreicht auf dem Wege der hinteren Wurzeln die Wurzelzone der Hinterstränge des Rückenmarks, um dann in den hier beginnenden centralen Leitungsbahnen — ebenfalls im Sinne dieses Functionsgesetzes — nach oben aufzusteigen. Wie verhält es sich nun aber mit der bei Weitem grösseren Anzahl von Fällen, welchen keinerlei Refrigeration als aetiologisches Moment zu Grunde liegt? Sie wissen, dass seit einigen Jahren unter Erb's strammer Führung ein Streit darüber besteht, ob nicht die Tabes in der Mehrzahl der Fälle eine *syphilitische* Erkrankung des Rückenmarks darstelle? Und in der That weist unser constanter *Hypaesthesie*-Befund im Ausbreitungsbezirke gerade des plexus *pudendo-haemorrhoidalis* auf die Geschlechtsorgane als eine der häufigsten — wenn nicht geradezu *beständigen* (?) — *peripheren* Einsatzorte der Tabes-Noxe hin. Muss nun aber letztere bevorzugt gerade der *syphilitische* Virus sein? Entfernt *nein!* Denn einmal gibt es nicht-syphilitische Tabesfälle in Hülle und Fülle, und dann wird nur der minimste Theil der syphilitisch Inficirten später zu Tabikern. Wär dem nicht so, so würde ja die Erde von Tabikern wimmeln. *Syphilis und Tabes haben nach meinen Erfahrungen* **nur** *den bei beiden Erkrankungen häufigsten peripheren Einsatz-Ort gemein,* weiter nichts. Soll eine syphilitische Chankerlaesion peripherer Nervenenden zu einer Tabes führen, so gehört noch etwas anderes, als der Syphilis-Bacillus, dazu. Was ist nun *dieses Andere?* Wollte ich Ihnen ein blosses Wort bieten, so würde ich sagen: Die „„tabische *Disposition*““; Sie würden mich aber dann billig um eine anatomisch fassbare Definition gerade dieser „„Disposition““ angehen. Lassen Sie mich hier einfach eine Vermuthung aussprechen. Auch die Tabes, glaube ich, ist wohl häufig eine parasitäre d. i. eine anfangs rein locale, periphere *Zersetzungskrankheit* der Haut- und Schleimhautflächen, welche zunächst auf die Nerven-Enden vordringt und sodann auf der Bahn der Nerven (durch Pilzbildungen, welche degenerativ wirken?) centripetal zum Mark sich fortpflanzt. Welche Menge zersetzendwirkender Pilzsorten verbreiten sich nicht alle auf der Schleimhaut des äusseren und inneren weiblichen wie männlichen Genital-Apparates, welche nicht alle an den Füssen der Fussschwitzer u. s. f.? Fusssohlen und Genitalien aber sind zugleich beide sehr strapazirte periphere Flächen, auf welchen Degenerations-Erreger zu den peripheren Nerven-Enden durch Druck hineingetrieben bezw. hineingerieben werden können. Das was nun bei dieser Entstehungs-Hypothese „Disposition“ genannt zu werden verdiente, wäre wohl nur eine gewisse in der Qualität oder Quantität des Epithelialbelegs dieser Flächen begründete leichtere Durchlässigkeit des degenerativen Erregers. Sie begreifen hiernach, wie z. B. die Zersetzungsproducte der Schleimhaut des Geschlechtskanals eines Weibes, welches selbst in ihren Genitalnerven und ihrem Rückenmark ganz gesund ist und bleibt, für

einen dazu disponirten Mann zur Tabes-Noxe werden können und umgekehrt. Doch genug hiervon. Ich will mich für diesmal über das Nähere meiner Vermuthungen nicht weiter auslassen. Nur das eine halten Sie fest, ich rufe den Mikroskopikern alles Ernstes zu: „„Suchet den Ausgangspunkt der tabischen Degeneration schon in den Zweigen und Stämmen des III. und IV. Sacral-Nerven und nicht erst in höher oben gelegenen Sacral- und Lumbar-Nerven bezw. in den Rückenmarks-Segmenten, von denen diese abgehen.““

Was hat mich nun zu dieser „vorläufigen Mittheilung“ veranlasst? Trotz grösster Saison-Anstrengung blättere ich nämlich doch jeweils auch während des Sommers die Fachjournale wenigstens an, und da fand ich, 1) dass in dem mir soeben zugekommenen 2. Heft des Archiv's der Psychiatrie in einer Arbeit von Sakaky eine Degeneration peripherer Nerven in einem Falle von Tabes dorsalis wirklich nachgewiesen wurde, sowie dass 2) in Nro. 15 vorliegenden Centralblatt's ein sehr gutes längeres Referat über eine Arbeit Berger's „zur Symptomatologie der Tabes dorsalis“ gegeben ist, woselbst von „Blasenstörungen“ die Rede ist, welche längere Zeit, ja viele Jahre hindurch die einzige isolirt bleibende Beschwerde bei Tabes bilden.“ Beide Arbeiten berühren, wie Jeder sieht, ganz nahe meine eigenen Befunde und Anschauungen über Tabes. Die erstere in so fern als dort, wie bereits bemerkt, die „Degeneration“ *peripherer* Nerven (wenn auch noch nicht solcher, welche dem plexus pudendo-haemorrhoidalis entstammen) *positiv nachgewiesen* ist, und die Arbeit Berger's vollends hebt geradezu eine Organgruppe als pathologisch häufig zuerst belastet hervor, welche mit zu dem von mir ganz besonders urgirten Verbreitungsgebiete des III. und IV. Sacral-Nerven gehört. Diese beiden Arbeiten sind durchaus selbstständig. Ebenso sind es aber auch meine eigenen seit Jahren fortgesetzten Sensibilitäts-Untersuchungen. Und so möchte ich denn durch diese, im Drange der Saison ja einzig mögliche *„vorläufige“* Mittheilung nur der späteren Möglichkeit vorbeugen, dass einmal ein Referent auf den Gedanken käme, meine auf eigenen klinischen Untersuchungen beruhenden Schlüsse und Vermuthungen über die Ausgangspuncte der Tabes dorsalis auf die Schultern dieser beiden Herrn Forscher zu stellen. Gerade wegen der Selbstständigkeit meiner eigenen Untersuchungen aber kann es mir nur angenehm und kann es der Tabes-Frage gewiss nur förderlich sein, dass ich mit meinen thatsächlichen Befunden ganz ahnungslos auf ein und demselben Territorium mit diesen vielgewandten Special-Collegen zusammentreffe.

Wildbad, den 9. August 1884.

II. Original-Vereinsberichte.

Aus der neurologischen Section des internationalen Congresses zu Kopenhagen.

I.

Am 11. August früh 10 Uhr constituirte sich die etwa 50 Mitglieder zählende Section für Psychiatrie und Neurologie und wählte

auf Vorschlag des Präsidenten Prof. Steenberg zu Ehrenpräsidenten: Adamkiewicz, Krakau. Althaus, London. Ball, Paris. Eulenburg, Berlin. Kjellberg, Upsala. Gädeken, Copenhagen. Lähr, Berlin. Lindboe, Christiania. Lunier, Paris. Magnan, Paris. Obersteiner, Wien. Pitres, Bordeaux. Ramaer, Haag. Selan, Helsingfors. Zu Secretären: Möbius, Deutschland. Robertson, England. Vosin, Gilles de la Tourette, Frankreich. Friedenreich, K. Pontoppidan, Kopenhagen.

Von den Vorträgen seien zunächst folgende referirt:

445) **Adamkiewicz:** *Zur pathologischen Histologie der Tabes.*

Der Vortr. bemerkt zunächst, dass es Rückenmarke giebt, bei denen im normalen Zustande die Blutgefässe von starken Bindegewebszügen begleitet sind, besonders die zwischen den Burdach'schen und Goll'schen Strängen. Individuen mit solchem Rückenmark sind prädisponirt zu jener Form der Tabes, welche in einer Vermehrung des die Blutgefässe umgebenden Bindegewebes in den Hintersträngen besteht.

A. hat aber neuerdings gefunden, dass in dem grössten Theile der Tabesfälle die Pathogenese eine andere ist, dass bei ihnen der Process ein parenchymatöser ist. Die Untersuchung der mit Safranin gefärbten Präparate hat folgendes ergeben. Durch die Färbung wird an dem Querschnitt der normalen Nervenfasern ein den Achsencylinder umgebender Ring kenntlich: die chromoleptische Substanz. Von ihr hängt die Ernährung des Nerven ab. Sie degenerirt bei parenchymatöser Tabes zuerst und in Folge dessen geht dann die ganze Nervenfaser zu Grunde und an ihrer Stelle bleibt eine Lücke. Die Neuroglia ist dabei ganz normal, und in späteren Stadien werden ihre Septa mechanisch verdickt. Topographisch stellt sich der Beginn der Tabes so dar, dass zuerst in den Burdach'schen Strängen 2 S förmige Felder erkranken und zugleich die Goll'schen Stränge degeneriren. Dabei kann die graue Substanz normal sein, die Wurzelfasern sind, soweit sie sich zu den kranken Parthien begeben degenerirt. In der Folge dehnt sich die Erkrankung nach aussen, zu den Hinterhörnern, und nach hinten, zu der hinteren Peripherie des Markes aus. Zuweilen sind anfänglich die S förmigen Felder nur partiell erkrankt. (Demonstration der Präparate.)

In der *Discussion* fragte Obersteiner, ob die Degeneration von den S förmigen Feldern auf die Goll'schen Stränge in horizontaler Richtung fortschreite oder ob in den letzteren eine aufsteigende Degeneration sich finde.

A. erwiderte, die Erkrankung der Goll'schen Stränge sei eine primäre. In der anatomischen Section, wo A. seine Präparate ebenfalls demonstrirt hat, hat Weigert die Meinung ausgesprochen, es möchte wohl das Härtungsverfahren von Einfluss auf das Aussehen der Präparate gewesen sein.

446) **Obersteiner:** *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung.*

Der Vortr. wollte nur einige Bemerkungen geben, um mit ihnen die Discussion einzuleiten.

Zunächst ist hervorzuheben, dass das Morphium in manchen Fällen sehr lange ohne Störung der Functionen ertragen wird. Weiter fragt es sich, wie viel Morphium ist nöthig um Morphinismus zu erzeugen. O. hat letzteren in seltenen Fällen entstehen sehen bei Tagesdosen von 2—3 Mg., er hat andererseits die Tagesdose nicht über 3—3,5 Gr. steigen sehen. Ob ja der Tod direct durch den Morphinismus herbeigeführt wird, scheint O. fraglich. Die Symptome des M. sind als bekannt anzusehen.

In therapeut. Hinsicht betont O., dass man nicht in allen Fällen ohne Unterschied die Entziehungskur vornehmen dürfe. Wo die physische oder moralische Ursache des M. nicht entfernt werden kann, soll man den Pat. nicht den Leiden der Entziehung aussetzen, da ein Rückfall unvermeidlich ist.

Wie die Entziehung vorzunehmen ist, lässt sich im Allgemeinen nicht entscheiden. Bald ist diese, bald jene Methode vorzuziehen. Man muss eben individualisiren. Zur Unterstützung der Cur ist die Anwendung des kalten und warmen Wassers, das Opium etc. vorgeschlagen worden. Neuerdings hat O. das Cocainum mur. (Merck) versucht. Er hat bei 2 Fällen sehr gute Erfolge gesehen, allemal wenn Morphiumhunger eintrat, wurden 0,05 Cocain gegeben. Die Kr. fühlten sich dabei wohl, die Kur ging rasch vorwärts nnd ihre Beschwerden waren geringer als sonst.

Wo die Kur vorgenommen werden soll, ist auch nicht im Allgemeinen zu entscheiden. Die Anstalt hat sicher Vorzüge, aber auch in ihr kann man, wenigstens nach österreich. Gesetzen, gegen die Morphinisten keinen Zwang anwenden.

In wieweit ein Morphinist zurechnungsfähig sei, ist schwer zu entscheiden. Bei langem Gebrauch des M. treten wohl immer psych. und nervöse Störungen ein, die dann auch nach der Entziehung noch bestehen bleiben. Sichere Unzurechnungsfähigkeit besteht während der raschen Entziehungskur.

Kommt Simulation des Morphinismus vor, so ergiebt sich die Diagnose aus dem Fehlen der Abstinenzerscheinungen.

Discussion. Fürstner will in jedem Falle die Entziehungskur vornehmen. Die Zurechnungsfähigkeit sei nur in individuellen Fällen zu beurtheilen. Nach deutschem Gesetz könne ein in die Irrenanstalt aufgenommener Morphinist wie ein Irrer behandelt werden. F. führt stets die rasche Kur aus, gegen die Angst gebraucht er Alkohol in grossen Dosen, gegen die Schlaflosigkeit Chloral, gegen die Magen-Darmstörungen sorgfältige Diät, besonders häufige kleine Mahlzeiten, gegen die vasomotorischen Symptome giebt es kein Mittel. Die Hauptsache ist Individualisiren.

Burkart schloss sich den Ausführungen des Vortr. an. Vor Chloral warnt er.

Müller (Blankenburg) hat auch Cocain versucht, aber ohne sonderlichen Erfolg, es leiste nicht mehr als eine Tasse starken Thee's. Ihm scheinen die Veränderungen bei chronischem Mosphinismus so tiefgreifender Natur zu sein, dass nur von einer langen und sorfältigen Behandlung Erfolg zu erwarten ist. Es kommt hauptsächlich auf eine systematische Hebung der Ernährung, eine langsame Ausgleichung der Stoffwechselstörungen an. Bei wirklicher Morphiumsucht ist die Therapie ziemlich aussichtslos.

Ramaer fragte nach der Definition des Morphinismus.

O. erwiderte M. sei vorhanden, sobald bei Entziehung Abstinenzerscheinungen auftreten. Aehnlich sprachen sich Fürstner und Burkart aus. Letzterer hob hervor, dass zwischen Sucht und Gewöhnung kaum zu unterscheiden sei.

Auch Lähr hat bei 10—12 jähr. Morphiumgebrauch vollständiges Wohlsein beobachtet. Auch er will die Entziehung nicht unter allen Umständen forciren. Wie sehr zu Täuschungen geneigt die Kranken oft sind, zeige der Fall eines Irrenhaus-Directors, welcher vor der Kur Morphium und Spritze ablieferte, trotzdem aber im Geheimen sich einer 2. Spritze bediente. L. hebt schliesslich die Differenz der einschlagenden deutschen und österreichischen Gesetze hervor.

Obersteiner erklärt dies dahin, dass nach österreich. Gesetz 2 Klassen von Irrenhausbewohnern bestehen, 1) die Geisteskranken im engeren Sinne und 2) solche, die mit Unterschreibung eines Reverses freiwillig eintreten. Letztere müssen auf ihr Verlangen jederzeit entlassen werden.

447) **Ramaer:** *Die psychische Analyse als Grundlage der psychiatrischen Diagnostik.*

R. suchte zu zeigen, durch welche Störungen der psychischen Thätigkeit die einzelnen Symptome und Formen des Irreseins entstehen, und ferner, davon ausgehend, dass die graue Substanz der Rautengrube das Organ des Bewusstseins sei, welche Störungen der physiologischen Functionen die geistige Störung hervorrufen. Zu einem Referat eignet sich der Vortrag wegen seines wesentlich speculativen Charakters nicht.

448) **A. Eulenburg:** *Ueber die Heilbarkeit der Tabes dorsalis.*

Es ist nicht gerechtfertigt, die typische Tab. dorsalis für absolut unheilbar zu erklären; sowohl bei frischer und anscheinend leichterer Tabes im Initialstadium, jedoch mit schon deutlich ausgesprochenen Hauptsymptomen, wie auch selbst bei vorgeschrittener und seit Jahren bestehender ataktischer Tabes sind Heilungen im klinischen Sinne zu verzeichnen. Freilich sind wirkliche Heilungen bei diagnostisch über allem Zweifel stehender Tabes exceptionell. Unter 400 Fällen zählte E. nur 5, also unter 100 höchstens nur *einen*. Einer bestimmten Behandlungsmethode ist dabei nicht das Wort zu reden. Unter den 5 Fällen wurde einer unter Anwendung von Arg. nitr. (innerlich), ein zweiter unter Kaltwasserkur, zwei durch Galvanisation und Thermalbehandlung, einer (Tabes syphilitica) durch specif. Behandlung und Thermalkur geheilt. Mehr Chancen für eine event. Heilung haben die

Fälle von geringer Intensität der neuralgischen Symptome, der Sensibilitätsdefekte, Sinnestörungen u. s. w. Mangelnde neuropathische Belastung, gute Gesammtkonstitution, Freisein von anderweitigen Complicationen, gelinde allmälige Entwicklung der Tabeserscheinungen sind für die Heilung günstige Momente. Pathologisch-anatomisch ist von einer Heilung der Tabes überhaupt nicht zu sprechen; selbst da, wo eine Heilung erfolgt war, können post mortem sehr diffuse Degenerationen der Hinterstränge angetroffen werden.

In der Discussion bemerkte zunächst Remak: die Frage über die Heilung der Tabes sei verschieden zu beantworten, je nachdem darunter ein relativer functioneller, dem Centralnervensystem möglicher Ausgleich einzelner, oft wesentlicher Krankheitserscheinungen verstanden wird, welcher dem Laien als Heilung imponiren kann, oder ob vom streng-wissenschaftlichen Standpunkte auch für die fachmännische Untersuchung eine Rückbildung derjenigen objectiven Kriterien beansprucht wird, welche die Diagnose der Hinterstrangerkrankungen neuerdings begründen (Fehlen des Kniephänomens, oculopupilläre Symptome, Opticusatrophie u. s. w.). Während nach den übereinstimmenden Erfahrungen aller zuverlässigen Beobachter eine solche echte Heilung unbedingt auszuschliessen ist und es sich in solchen scheinbaren Fällen stets um Beobachtungsfehler oder Verwechselung mit alkoholischen und acuten Ataquen handelt, sind Scheinheilungen typischer Fälle jedem erfahrenen Beobachter bekannt. Sie erklären sich durch die Neigung der Tabes jahrelange Remissionen unter irgend einer oder auch unter gar keiner Behandlung bei gehöriger Schonung zu machen. Niemals aber handelt es sich um eine wirkliche Rückkehr zur Norm, so dass es nicht möglich wäre, die Tabes noch zu constatiren, und niemals ist die Gefahr neuer Exacerbationen ausgeschlossen.

Da solche seltene remittirende Fälle in einem gewissen Procentsatz vorkommen, ist der Werth aller medicamentösen und anderweiten Kurversuche schwer zu beurtheilen, wie sich s. Z. bei den Nervendehnungen gezeigt hat. Regelmässig schädlich scheint die antiluetische Behandlung zu sein, während für die Wirksamkeit einer sachgemässen galvanischen Behandlung die unzweifelhafte Unmittelbarkeit des Erfolges von Sitzung zu Sitzung spricht.

Möbius stimmt in der Hauptsache mit Remak ganz überein und möchte zunächst noch gegen den Vortr. hervorheben, dass eine Erweiterung des Begriffes Tabes, wie er sie vorschlägt, nur Verwirrung bewirken kann. In allen Fällen, wo das klinische Bild der *typischen* T. bestand, hat man, sofern es zur Section kam, die typische Degeneration in den Hintersträngen gefunden. Die Parallele zwischen Tabes und Epilepsie, welche der Vortr. gezogen hat in dem Sinne, dass vielleicht die anatomischen Veränderungen bei Tabes ebensowenig direct zu den Symptomen in Bezug stehen wie bei Epilepsie, dürfte daher durchaus nicht gerechtfertigt sein.

Die Frage nach der „Heilbarkeit" der Tabes scheint in 2 Fragen zu trennen sein. 1) Können die Symptome der T. soweit wieder

verschwinden, dass der Kr. im praktischen Sinne geheilt zu nennen ist? 2) Können wir event. dieses Verschwinden absichtlich herbeiführen?

ad 1) Wenn auch ein vollständiges Verschwinden *aller* Symptome nie und nirgends beobachtet wurde, so kommen doch sicher Remissionen vor, während denen die Kr. durchaus leistungsfähig und ohne stärkere Beschwerden sind und welche u. A. jahrelang, event. bis zum Tode der betr. Person andauern können.

ad 2) Diese Frage glaubt M. verneinen zu müssen. Es gelingt zwar, bald durch dieses bald durch jenes Mittel Besserung zu bringen, aber alle sind unzuverlässig und in der Hauptsache scheint das Eintreten der Remissionen nicht von unserer Therapie abzuhängen.

Insbesondere ist die antisyphilitische Therapie unfähig die Tabes zu heilen oder ihren Fortschritt zu hemmen. Nach M.'s Auffassung ist die Tabes zwar eine Folge der Syphilis, aber nicht eine Theilerscheinung derselben, sondern eine eigenartige Krankheit, welche nach anatomischer wie therapeutischer Hinsicht der Syphilis nicht gleicht. Vor energischen antisyphil. Kuren glaubt auch M. warnen zu sollen, da er mehrmals nach ihnen Verschlimmerung sah.

Die Fälle, welche (ohne Sektion) als Beweise für Heilbarkeit der Tabes angeführt werden, stammen grossentheils aus einer Zeit, wo eine sichere Diagnose der Tabes kaum möglich war. M. möchte glauben, dass bei vielen von ihnen überhaupt typische Tabes nicht bestanden hat. Es hat sich neuerdings herausgestellt, dass besonders die multiple periphere Neuritis, eine heilbare Affection, ein Krankheitsbild, welches der Tabes sehr ähnlich ist, hervorbringen kann. Besonders bei den Fällen, wo acutere Symptome gefehlt haben, liegt der Gedanke sehr nahe, es müsse sich um multiple Neuritis gehandelt haben. Ohne acutere Symptome ist Tabes nicht sicher zu diagnosticiren.

F ü r s t n e r will für die Tabes denselben Gesichtspunkt festhalten wie für die progr. Paralyse. Hier wie dort komme es zu beträchtlichen Remissionen, ohne dass man doch von Heilung sprechen könne. Man müsse einer solchen gegenüber sehr skeptisch sein. Nur wenn alle Symptome geschwunden seien und der anatomische Befund die Erkrankung der Hinterstränge beweise, dürfe man eine Heilung annehmen. Die von dem Vortr. vorgesehene Erweiterung des Tabesbegriffes führe nur zur Verwirrung.

E u l e n b u r g erwiderte, dass allerdings bei seinen geheilten Fällen das Kniephänomen nicht wiedergekehrt sei und dass Pupillenstarre nicht vorhanden war. Immerhin müsse er an seiner Auffassung festhalten.

R a m a e r würde schon ein Aufhalten des Processes Heilung nennen.

H o m é n empfahl die Methode der faradischen Pinselung und schilderte einen Fall, in welchem er sehr günstige Wirkungen derselben sah.

449) **Rohmell:** *Ueber die Rolle der Syphilis bei der allgemeinen fortschreitenden Paralyse.*

Im Asyl St. Hans bei Roeskilde wurden in den letzten 20 Jahren

317 Fälle von Paralyse (269 M., 48 W.) bei einem Zugange von 1729 M. und 1733 W. beobachtet. Demnach war das Verhältniss der paralyt. Männer zu den männl. Geisteskranken überhaupt = 1 : 6,5, das der paralyt. Weiber zu den weibl. Irren = 1 : 36, während die paralyt. Weiber im Verhältniss von 1 : 5,6 seltener als die paralyt. Männer waren.

Von den 317 hatten 289 Syphilis gehabt (77,2%). Von 1000 anderen Irren hatten nur 72 Syphilis gehabt. Bei der typischen Form der Paralyse hatten Syphilis gehabt 82%, bei der melancholischen 78%, bei der dementen 76%, bei der weiblichen 66%.

Zwischen Infection und Paralyse lagen durchschnittlich $11^1/_2$ Jahr, niemals weniger als 4 Jahre, selten 20 Jahre, am häufigsten 6—10 Jahre.

Die Syphilis findet sich so häufig im Vorleben der Paralytischen, dass ihr die Hauptrolle in deren Aetiologie zugewiesen werden muss. Wahrscheinlich müssen aber ausser der Syphilis noch Gelegenheitsursachen bestehen, welche am häufigsten deprimirende Gemüthsbewegungen zu sein scheinen.

Die Syphilis ist fast immer sehr gutartig gewesen.

Bei den Sectionen (mit wenig Ausnahmen wurden alle Kr. bis zum Tode beobachtet) fanden sich auffallend häufig kranke Gehirnarterien. Von allen jüngeren Männern (unter 50 J.) welche Atheromatose der Gehirnarterien zeigten, waren 87% Paralytiker.

Die spezifische Behandlung ist nicht im Stande die Paralyse zu heilen. Es schien aber, als ob der Verlauf der Krankheit durch sie etwas verzögert wurde. Die antisyphilit. Behandelten waren durchschnittl. im Asyl 27 Monate bis zum Tode, die nicht Behandelten 22 Monate.

In der *Discussion* betonte Möbius, dass in der vorliegenden Frage die Statistik zweifellos das Massgebende sei und dass nur eine so *sorgfältige* Statistik wie die des Vortr. zu verwenden sei.

Es lassen sich aber auch noch einige andere Momente anführen, welche geeignet sind, die Ansicht des Vortr. zu unterstützen Progr. Paralyse und Tabes sind offenbar vielfach von demselben Gesichtspunkte aus zu beurtheilen. Beide kommen relativ häufig bei demselben Individuum vor, treten gemeinsam auf oder die eine Krankheit folgt der anderen. Beide entwickeln sich schleichend, verlaufen progressiv und zeigen lange Remissionen. Beide sind der Behandlung unzugänglich. Es liegt daher nahe anzunehmen, dass beide gleiche ätiologische Beziehungen haben. In der That ergiebt die Statistik, dass bei der Paralyse wie bei der Tabes die weit überwiegende Mehrzahl der Kr. früher syphilitisch gewesen ist. Hier wie dort ist fast durchgängig die Syphilis eine gutartige gewesen, hier wie dort liegen zwischen Infection und Krankheitsbeginn gleich viele Jahre. Dass diese Ergebnisse bei beiden Krankheiten genau dieselben sind ist von Bedeutung, so stützt eine Untersuchungsreihe die andere. Die Tabesstatistik vermehrt das Gewicht der Paralysenstatistik und umgekehrt.

Endlich aber scheinen M. die Verhältnisse des Alters und Ge-

schlechtes, welche wieder bei beiden Krankheiten dieselben sind, nur aus ihrer Beziehung zur Syphilis verständlich. Leugnet man letztere, so werden sie unbegreiflich. Beide Krankheiten kommen nur im Alter der Reife vor, nie bei Kindern, nie bei Greisen. In allen Fällen, welche dieser Regel zu widersprechen scheinen, hat sich die Falschheit der Diagnose nachweisen lassen. Beide Krankheiten kommen nie bei Jungfrauen vor. Beide sind genau wie die Syphilis, bei Weibern etwa 10 mal seltener als bei Männern.

Auch verdient erwähnt zu werden, dass Tabes und progressive Paralyse insofern zu den andern Nervenkrankheiten im Gegensatz stehen, als bei beiden die Heredität keine oder eine sehr geringe Rolle spielt.

So erscheinen Tabes und progr. Paralyse als verwandte, eigenartige Krankheiten, welche zwar nicht Theilerscheinung aber Wirkung der Syphilis sind.

Steenberg schilderte, wie er zuerst zu der Auffassung, welcher der Vortr. ausgesprochen, gekommen sei. Er habe vor 30 Jahren in der Stadt auf einer Abtheilung für Syphilitische gewirkt und als er später nach dem Asyl St. Hans gekommen, habe er da die Kr., welche er früher wegen Syphilis behandelt, als Paralytische wiedergetroffen. Seitdem habe sich ihm immer mehr die Ueberzeugung, dass Syphilis die wesentliche Ursache der Paralyse sei, bestätigt. Er theilte aus seiner Erfahrung einige überzeugende Fälle mit, wo bei paralytischen Frauen wider alles Erwarten die frühere Syphilis sich nachweissen liess.

Bajenoff will auf klinische und pathologisch-anatomische Fragen nicht eingehen, obwohl gerade bei ihnen die Annahme einer syphilitischen Paralyse sich wirksam bekämpfen liesse, sondern nur hervorheben, dass die Thatsache, nach welcher sehr viele Paralytische früher sich inficirt haben, kein Beweis für einen ursächlichen Zusammenhang beider Krankheiten sei. Die Infection beweise in der Regel nur, dass die betreffenden ein unregelmässiges Leben geführt haben. Man könnte ebenso die Paralyse aus Excessen in Baccho oder Venere ableiten.

Gegen Möbius bemerkt B., dass, wenn die Paralyse eine Wirkung der Syphilis wäre, sie häufig im jugendlichen Alter beobachtet werden müsste, da viele Kinder syphilitisch zur Welt kommen oder bald nach der Geburt inficirt werden.

Kjellberg schliesst sich den Ausführungen Steenberg's an und theilt ebenfalls einige überzeugende Fälle mit.

Magnan hat der Frage schon seit lange seine Aufmerksamkeit zugewendet, doch stimmen seine Zahlen nicht mit denen des Vortr. überein. Er habe früher unter den Paralytischen ca. 30% Syphilitische gezählt, neuerdings finde er, obwohl er und seine Assistenten sorgfältig examiniren, sogar nur 15—20%. Dabei habe er im Allgemeinen keine Schwierigkeit bei der Pariser Bevölkerung Aufschluss über frühere sexuelle Erlebnisse zu erhalten. M. betrachtet zwar die Syphilis als eine Gelegenheitsursache der Paralyse neben anderen, die Hauptsache

sei die Prädisposition, die hereditäre Anlage. Nicht nur wegen seiner abweichenden Statistik müsse er sich gegen die Auffassung des Vortr. erklären, sondern auch aus pathologisch-anatomischen und therapeutischen Gründen. Er erörtert eingehend die Differenz des anatomischen Verhaltens der Paralyse von der tertiären Syphilis und die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Behandlung bei Paralyse.

Lunier schliesst sich im Wesentlichen der Anschauung Magnan's an. Auch bei ihm ist die Syphilis nur eine Gelegenheitsursache der Paralyse, c'est une cause, mais secondaire.

Ramaer ist ebenfalls gegen den Vortr. Er glaubt, dass die Paralyse häufiger sein müsste als sie ist, wenn Syphilis ihre Ursache wäre. Denn es giebt viel Syphilitische und relativ wenig Paralytische.

Den Gegnern schliesst sich ferner Fürstner an. Er hat bei sorgfältiger Anamnese nur 32% Syphilitische gefunden (weiche Geschwüre abgerechnet). Er glaubt, dass häufig diagnostische Irrthümer vorkommen, indem syphilitische Pseudoparalyse für echte Paralyse gehalten wird, welcher sie zeitweise sehr ähnlich sein kann. F. hat von der antisyphilitischen Behandlung nur schlechte Erfolge gesehen. Bei den Sectionen hat er nicht nur Gummata vermisst, sondern auch andere der Syphilis zuzurechnende Veränderungen, als fibröse Entartung der Testikel etc.

Lindboe stimmt Fürstner bei.

Friedenreich dagegen hält entschieden die Syphilis als Ursache der Paralyse und kann die gegen diesen Zusammenhang beigebrachten Gründe nicht für stichhaltig halten. Nach seiner Erfahrung lässt sich fast immer die frühere Infection bei Paralytischen nachweisen. M.

(Fortsetzung folgt.)

III. Referate und Kritiken.

450) **Hughes** (St. Louis): Migraine. (Alienist & neurologist. 2. 1884.)

H. berichtet in einem längeren Vortrage, den er in der med. Gesellsch. in St. Louis, gehalten, über seine Erfahrungen bezüglich der Therapie der Migräne. Er sieht die M. an als den period. Einspruch eines überarbeiteten Gehirnes bei einem leicht neuropath. Individuum. Die M. ist gewöhnlich linksseitig, oft mit Erbrechen verbunden; in letzterem Falle lässt H. warmes Wasser, oder Thee ohne jeden Zusatz trinken. In den schmerzfreien Intervallen soll Bromkali oder Bromammon. nebst einer milden galvan. Behandlung von guter Wirkung sein. Der nächste Anfall wird dadurch hinausgeschoben, resp. gemildert. Von Guarana hält H. nichts. Ausserdem müssen die Patienten sich vor Ueberarbeitung in Acht nehmen; soche Leute haben oft die Neigung, sich geistig überanzustrengen. Auch während eines Anfalles kann man Bromkali geben, wenn es der Magen verträgt, in aq. menth. p.p. gelöst. Bei Anämischen sind Eisenpräparate

indicirt. Chinin und Arsen. bei solchen, die in Malariagegenden wohnen, auch, wenn sie keine Symptome von Malaria zeigen. Mercur und Jodkali bei spec. Migräne, die von den gew. spec. Kopfschmerzen zu unterscheiden ist; letzteres Mittel ist auch bei Migräne in Folge von Bleivergiftung anzuwenden. Mit Migräne behaftete Individuen bekommen selten schwerere cerebrale Affectionen, in solchen Fällen ist die M. nur ein Syptom. Bei M. die mit Melancholie einhergeht, gibt H. Aloe und Opium; vor dem Missbrauch mit Opiaten ist jedoch zu warnen; sollten die Patienten an Schlaflosigkeit leiden, so kann man kleine Dosen Chloral geben; auch warme Bäder wirken beruhigend bei Blutandrang nach dem Kopfe. Einer von H.'s Patienten, welcher früher alle 14 Tage einen 2 tägigen Anfall hatte, bekommt jetzt schon seit 15 J. nur alle 1—2 Jahre einen leichten Anfall, der durch Galvanisation und Bromkali sehr bald coupirt wird.

Zum Schluss berichtet H. noch über eine Form der Migräne, welche er beobachtet hat, und Hemicrania minor oder mitior nennt; sie folgt öfters der H. maj. und besteht in leichter Photopsie, Photophobie, einem Gefühl von Hitze und Vollheit im Kopfe, verbunden mit allgemeiner Unbehaglichkeit und Arbeitsunlust; auch hier wirkte das Bromkali. H. glaubt nicht an einen Zusammenhang von Hemicranie und Epilepsie.

Dass die erfolgreiche Behandlung beider Krankheiten die gleiche ist, beweist nur, dass beide auf vasomotor. Störungen des Gehirnes beruhen. Koenig (Dalldorf).

---

451) **Crothers** (Hartford Connect.): Inebriate automatism.
(The journal of nerv. & ment. dis.)

Verf. kommt durch seine eigenen Erfahrungen zu folgendem Resultat:

Automat. Handlungen bei Alcoholisten sind keine ungewöhnliche Erscheinung. Der Zustand vollständiger Bewusstlosigkeit dauert einige Secunden bis zu mehreren Tagen.

Derartige Zustände lassen auf keine centrale Störung schliessen.

Möglicherweise beruht diese auf einer Ermüdung des Gehirnes, welche eine Herabsetzung des Bewusstseins im Gefolge hat. Diese Zustände sind zu unterscheiden von epilept. und hysterischen ähnlicher Art.

Viele dieser „Automaten" reden und handeln wie in ihrem normalen Zustand, blos ohne Bewusstsein. Andere begehen Handlungen, an welche sie sonst nicht denken würden, speculiren, machen grosse Einkäufe u. s. w.

Wieder andere zeichnen sich durch Rohheiten und Verbrechen aus.

Bei manchen tritt dieser Dämmerzustand ein, wenn sie anfangen zu trinken z. B. nach einer längeren Zeit der Enthaltsamkeit.

Viele Patienten bekommen fromme Anwandlungen, von denen sie später nichts wissen.

Verfasser glaubt, dass diese Zustände sehr häufig sind, aber nur selten zur Kenntniss des Arztes kommen. Koenig (Dalldorf).

452) **Zanner** (Cincinnati): Kneephenomenon in locomotor ataxia a clinical contribution. (Kniephänomen bei locomot. Ataxie, ein klinischer Beitrag.) (The journal of nerv. & ment. dis.)

Das Vorhandensein des Kniephänomens veranlasste Verfasser einen Fall von loc. At., dessen Krankengeschichte er mittheilt, für eine Myelitis zu halten, zumal die Krankheit sich sehr rasch entwickelte, frühzeitig Lähmung und Atrophie verschiedener Muskelgruppen eintrat, und endlich nur unbedeutende Sensibilitätsstörungen vorhanden waren.

K o e n i g (Dalldorf).

---

453) **Crothers** (Hartford, Conn.): Inebriety associated with imbecillity. (Trunksucht im Zusammenhang mit Schwachsinn.)
(Alienist & neurologist. 2. 4884.)

Verfasser hat die Beobachtung gemacht, dass Trunksucht auffallend häufig bei Imbecillen vorkommt, und zwar oft bei solchen Individuen, die durch einseitige Begabung in ihrer Jugend als Phänomen imponirten. Die Ueberanstrengung solcher Kinder in der Schule könne nur schädlich wirken.

K o e n i g (Dalldorf).

---

454) **Nicolaus Dubay** (Budapest): Neuere metallo-therapeutische Fälle.
(Gyóegyászat 1884. 5. 6. 7.)

Von den vielen geheilten Wunderfällen (? Ref.) verdient Erwähnung:

Nro. 6 Hyponervosismus; achromatopsia; anaesthesia cutis, amyosthenia. 34 J. alte Arbeiterin, unverheirathet, menstruirt mit 14 Jahren; einmal gravid; in der Familie keine neurotische Belastung. S. = $^{20}/_{50}$ rechts, $^{20}/_{200}$ links; ophthalmoscopischer Befund normal; Sehfeld des r. Auges eingeengt. Pat. sieht mit beiden Augen violett für grau, blau für roth, braun für roth, grau für schwarz, gelb für weiss: insbesonders mit dem r. Auge. Sie zeigt ausgesprochene Reaction gegen Cuprum und Platin, letzteres Metall ruft Transfert-Erscheinungen hervor; *der richtige Farbensinn stellt sich auf Platin-Einwirkung ein: auf Cuprum erfolgt bloss Correction des Farbensinnes, Temperatur-Zunahme und Reaction der Muskelkraft.*

Behandlung *wegen Armuth* mit Cuprum und doch nach 10 Tagen Verminderung der Hautanästhesie, Besserung der nerv. Erscheinungen. Nach 2 monatlicher Kur vollständige Heilung. (Was wäre erst geschehen wenn sie *reich* gewesen wäre? eine potenzirte Heilung oder gar Verjüngung? Ref.)

L a d i s l a u s P o l l á k (Grosswardein, Ungarn).

---

455) **Adolf Szeude:** Ein Fall von Hernia cerebri totalis.
(Pester medecinisch-chirurgische Presse Nro. 14. 1884.)

Das eben geborene Kind einer zum 3. Male gebärenden Bäuerin, welches weder die Brust, noch künstliche Nahrung zu sich nehmen konnte und lautlos unter tetanischen Erscheinungen starb — nach 36 Stunden — bot folgenden Befund:

Die weibliche, gut entwickelte Frucht athmete ruhig: Gesicht klein; Stirnbein abgeplattet, horizontal gelagert. Seitenwandbeine und Hinterhaupts-Schuppe fehlen; die Stelle derselben nimmt eine ausserhalb des Schädelraumes liegende, kinderkopfgrosse teigig weich sich anfühlende, mit normalem Integument bedeckte Geschwulst ein; äussere Umrandung der Geschwulst haarig, die Mitte haarlos. Augen normal.

Die Missbildung gehört in die Reihe der Spaltbilduungen: Exencephalus. Der Bruch war so gross, dass das ganze in seiner Entwicklung gar nicht zurückgebliebene Gehirn in dem Sacke gelegen sein musste. Section wurde nicht gestattet.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

456) **Binswanger** (Jena): Ueber die pathologische Histologie der Dementia paralytika. (Sitzungsberichte der Jenaischen Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaft. Jahrg. 1884. Sitzung vom 11. Januar und vom 13 Juni.)

I. *Veränderungen des Gefässapparates.* Seit 1878 wurden von dem in Vortr. einer Reihe von Paralytiker-Gehirnen kleinzellige Herde in der Rinde und im Marklager beobachtet. Dieselben sind wohl zu unterscheiden von den allgemein bekannten kleinzelligen Anhäufungen in der adventitiellen Lymphscheide der Hirngefässe. Sie finden sich anscheinend frei in das Hirnparenchym eingestreut, in wechselnder Menge; am häufigsten wurden sie in den basalen Abschnitten des Stirn- und Occipito-temporal-Lappens gefunden, doch fehlen sie in den übrigen Abschnitten des Stirnlappens und den Centralwindungen incl. dem Paracentralläppchen nur selten in den betreffenden Fällen, wenn sie daselbst auch spärlicher auftreten. Die hystologischen Bestandtheile dieser Herde sind, soweit dies aus distincter (Hämatoxylin) Färbung zu erschliessen ist, ausschliesslich lymphoide Elemente. Die Herde sind gegen das umgebende Gewebe scharf abgesetzt, lassen aber entzündliche Erscheinungen in der Umgebung nicht erkennen. Die hierher gehörigen ersten Beobachtungen betrafen ausschliesslich Fälle, bei welchen der Krankheitsprocess nach relativ kurzer Krankheitsdauer in Folge intercurrenter acuter Erkrankung durch den tödtlichen Ausgang unterbrochen wurde. Späterhin fand B. diese Herde auch in vereinzelten Fällen, bei denen die klinischen Endstadien der Erkrankung erreicht wurden und auch die übrigen anatomischen Befunde (fibröse Umwandlung und Verdickung der Grundsubstanz, reiche Entwicklung von Spinnenzellen, Sclerosirung und Obliteration von Hirngefässen u. s. w.) den Character abgelaufener Fälle von Paralyse besassen. Doch war bei diesen letztgenannten Beobachtungen die Anzahl der kleinzelligen Herde geringer und diese nur gewissermassen streckenweise, zu einer auf ein begrenztes Gebiet zusammengedrängten Gruppe vereinigt auffindbar.

Im Laufe des letzten Jahres wurden von dem Vortr. in zwei Beobachtungen und zwar bei Fällen, welche den Schlussbildern angehörten, circumscripte Zellherde aufgefunden, welche sich von den oben

erwähnten wesentlich unterschieden. Diese letzteren waren erstens entschieden grösser, etwa die Grösse von miliaren Tuberkeln entsprechend, zweitens durch eine den Herd concentrisch umgebende fibröse Randzone vom übrigen Hirngewebe abgesetzt und drittens aus Zellen resp. Kernen zusammengesetzt, welche nicht ausschliesslich den Character von Lymphelementen trugen. Es fanden sich nämlich theils kleinere lymphoide, theils grössere, gröber und dunkler gekörnte Kerne von ovaler Form und waren beide Arten regellos durcheinander verstreut. Im Centrum dieser Herde fand sich hier und da eine kleine lichte Lücke, an anderen Präparaten, welche Schrägschnitte der betr. Herde darstellen, waren an den Rändern der Herde scheinbar ausgerissene glashelle Membranen sichtbar. Diese Herde fanden sich nicht sehr zahlreich; bis jetzt wurden Theile der ersten und zweiten Stirnwindung, des Paracentral- und oberen Scheitellappens darauf untersucht und in einer grossen Zahl von Schnittserien nur einige zwanzig derartige Herde constatirt. Die Deutung dieser Herde ist aus dem Studium des Verhaltens der kleinen Blutgefässe zu entnehmen. Diese fanden sich zahlreichst eigenthümlich umgewandelt, sowohl kleine arterielle als auch grössere venöse Gefässe; die Lymphscheide verdickt und gefaltet oder geknickt und streckenweise mit den innern Gefässhäuten fest adhärent. Besonders an den kleinen Arterien waren diese letzteren stark verdickt, bei Hämatoxylinfärbung von klar homogener Färbung und das Lumen des Gefässes hochgradig verengt (Arteriitis obliterans). In den Taschen und Buchten des Lymphmantels fanden sich zahlreiche Lymph-Elemente, ausserdem aber, deutlich der Lymphscheide selbst angehörige, grössere ovale, mit grobkörnigem reichlichem Protoplasma an den Kernpolen versehene Kerne, welche reihenweise angeordnet sind. An diesen Stellen erscheint die eigsntliche Gefässwand dünn, glashell durchscheinend, von hyaliner Beschaffenheit. An Schräg- und Längsschnitten zeigen sich viele Gefässe, welche in ihrem ganzen Verlaufe diese hyaline Umwandlung aufweisen. Der Gedanke liegt sehr nahe, diese Herde als Kernanhäufungen, welche im Gefolge der Gefässerkrankungen entstanden sind, aufzufassen. Theils gehören sie den Lymphscheiden oder (nach Frommann) dem anliegenden Gliagewebe an, theils sind es an der Stelle des gehinderten Lymphstromes aufgestapelte Derivate der weissen Blutzellen.

Bemerkenswerth ist, dass in dem einen Falle Syphilis vorhanden gewesen war. In wie weit die chronisch entzündlichen Erscheinungen in der nächsten Umgebung auf langdauernde Reizzustände (durch locale Lymphstauung) zurückzuführen sind, muss dahingestellt bleiben; die Herde selbst zeigen grosse Verwandtschaft mit jenen endothelialen Herden, welche von Manz in der Opticusscheide nachgewiesen worden sind.

II. *Veränderungen an den Riesenpyramidenzellen des Parencentralläppchens.*

In den untersuchten 5 Paralytikergehirnen, — worunter einer den *frischen* Fällen von Paralyse mit kaum nachweisbaren motorischen

Störungen angehörte — fanden sich in verschiedener Ausdehnung die folgenden Veränderungen.

a) In vielen Präparaten ist das *Kernkörperchen* anscheinend geschwellt, es treten eigenthümliche weisse, glänzende, zackige Linien auf, wodurch dasselbe wie zerrissen, zerklüftet aussieht; an andern Präparaten sind (in dem normal hellblau blass gefärbten, scharfcontourirten Kerne) an Stelle des Kernkörperchens 2—4 dunkle, unregelmässige, klumpige und geriffte grobe Körner sichtbar; an einer dritten Reihe von diesen Ganglienzellen ist in dem sonst anscheinend unveränderten Kerne eine grosse Zahl feiner dunkler, scharf hervortretender und dichtstehender Körnchen vorhanden. Der Zellkörper zeigt keine erkennbaren Veränderungen.

b) Der *Kern* selbst, bei *unverändert* sichtbarem Kernkörperchen ist auffällig vergrössert, wie gebläht, oft durch feinkörnige Einlagerungen getrübt, oft durch hellglänzende Schollen wie zerklüftet; die Contouren des Kerns bei andern Zellen mit gleichen Veränderungen des Kerninhalts unregelmässig gezackt oder undeutlich in das angrenzende Zellplasma überfliessend, sodass der Kern wie aufgelöst erscheint. Weiterhin werden eine ganze Reihe von Zellen mit in Form und Grösse unverändertem Zellkörper gefunden, in welchem an Stelle des Kerns nur eine lockere fein gekörnte, auf weissem (ungefärbtem) Grunde hervortretende Masse vorhanden ist, noch andere Zellen zeigen keine Andeutung eines Kernes, an Stelle desselben ist anscheinend der (normale) braune Pigmenthaufen der Zelle gerückt und ist dann auch vom Kernkörperchen nichts mehr sichtbar.

c) Die beschriebenen Veränderungen des Kerns und des Kernkörperchens sind gleichzeitig mit solchen des Zellkörpers vorhanden; dieser letztgenannte ist unregelmässig, gebaucht, verkleinert, dunkler pigmentirt mit klumpigen kleinen Kernen ohne Kernkörperchen.

An diesen pathologischen (degenerativen) Zuständen der Ganglienzellen nehmen niemals alle im Gesichtsfeld befindlichen Zellen Theil; neben leichter und hochgradiger erkrankten finden sich, so weit dies festgestellt werden kann, intacte Elemente dieser Art; und es ist besonders auffällig, dass in einzelnen Gruppen alle normal erscheinen, während in andern alle in verschiedener Ausdehnung und in der beschriebenen verschiedenen Art erkrankt sind. In einzelnen ergriffenen Nestern fanden sich neben noch intacten Zellen unregelmässige klumpige, oft noch pyramidal angeordnete Pigmenthäufchen im Grundgewebe, welche in ihrer Lagerung den Gedanken nahe legten, dass sie die letzten Reste untergegangener Zellen darstellen. Natürlich ist für diese Annahme ein eigentlicher Beweis nicht zu erbringen.

---

457) **Franz Barlanghi** (Budapest): Beiträge zur Aetiologie der Psychosen. (Orvosie Hetilap 1883.)

Unter den allgemeinen Potenzen, die disponirend zur Entwicklung der Psychosen mitwirken, gehören

a) *Civilisation.* Ungarn betreffend hat die absolute Zahl der Geisteskranken nach amtlichen Berichten der 1871er und 1880er Volks-

zählung nicht zugenommen; an dem günstigen Resultate ist aber die Hauptstadt Budapest nicht betheiligt.

Im Verhältniss zur Population Ungarns mit 13, 218, 350 Seelen (1871er Volkszählung) fällt auf 503 Seelen ein Geisteskranker. Es betrug ihre Gesammtzahl (nach Abrechnung von 16,615) 11,880; mit denselben zusammen 28,495. Ihre Zahl ist kleiner als in England, annähernd so gross wie in Preussen.

In Budapest aber entfiel im Jahre 1871 auf 493, im Jahre 1880 schon auf 253 Seelen je ein Geisteskranker. Der gesteigerte Lebenskampf fordert seine Opfer.

In einigen Comitaten ist das Verhältniss sehr ungünstig 194 : 1 ja sogar 53 : 1 im Eisenburger Comitate wegen der Ehe mit dem deutschzungigen Volksstamme Steiermarks (Grenz-Comitat.) Die Kernmagyarischen Comitate zeigen die besten Proportionen 5—600 : 1.

Unter den Psychosen ist die Dementia paralytica vorwaltend. Die höchsten Zahlen fallen auf jene Jahre, welche mit enormen Umwälzungen der Vermögensverhältnisse einhergingen, das Jahr 1873 mit seinem „*Krach*“ lieferte 21,2% während sonst in 13 Jahren ihre Zahl zwischen 11,7—16,3% schwankte. *Verf.* meint jedoch, dass nicht die rationelle geistige Cultur sondern die der modernen Civilisation anhaftende materialistische Richtung den Boden für die Psychosen erzeugt. (Sehr hypothetisch; es giebt Zeiten wo eben die ideelle Richtung: Sentimentalität, Schwärmei u. d. gl. noch eher befruchtend auf die Entwicklung der Geisteskrankheiten wirken. Ref.)

b) *Geschlecht.* Frauen erkranken häufiger als Männer. Verhältniss 6 : 5. In der ungarischen Landesirrenanstalt ist das Verhältniss anders. Vom Jahre 1868—1882 wurden 2439 Männer und 1723 Weiber aufgenommen.

Nach der Volkszählung 1880 waren unter den 31,458 Geisteskranken 16,888 M. 14,570 W.

Die unverheiratheten gaben ein erschreckend grosses Contingent der Irren.

c) *Lebensalter.* Jenseits des 24. Lebensjahres sind Psychosen häufiger, ihre Form ausgeprägter. Vom 30. bis 40. nimmt die Disposition ab. Die paralysis progressiva macht Ausnahme. Mit dem 40. Jahre erreicht die Disposition dazu den Höhepunkt. 90% dieser Kranken befindet sich im Alter von 38—45 Jahren. Vom 60. Jahre beginnt die Form der senilen Demenz.

d) *Einfluss des Berufes und der socialen Stellung:*

Nach der 1880er Volks-Zählung sind die Beschäftigungslosen mit 50,2%, die Ackerbautreibenden mit 18,006%, die aus Almosen Lebenden mit 6,6%, die Taglöhner mit 5%, die in Irren-Anstalten Untergebrachten mit 4,3% die Industriellen mit 1,7%, die Intelligenz mit 0,085% vertreten. Dass die intellectuelle Classe mit so kleinen Zahlen figurirt erklärt B. dadurch, dass die bessere Gesellschaft ihre Kranken gleich einer Instituts-Behandlung zuweist.

e) *Einfluss der Jahreszeit.* Die Erkrankungen sind entschieden häufiger in der warmen Jahreszeit.

f) *Gefangenschaft.* Es mehren sich die Fälle, die für den Einfluss der Gefangenschaft Zeugniss abgeben; die depressive Einwirkung der längeren Einkerkerung, wie auch die Einzelhaft entwickeln mehr als je Geistestörungen.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

458) **O. Binswanger** (Jena): Kasuistische Beiträge zur gerichtlichen Psychopathologie. (S. A. aus Nro. 8 d. Corr.-Bl. d. allg. ärztl. V. v. Thür. 1883 und Nro. 2. 1884.)

I. Alkoholistische Degeneration. Majestätsbeleidigung. Michael W., 77 J. alt, soll zu verschiedenen Malen namentlich im Nov. 81 über weimarische Behörden, den Grossherzog von Sachsen und den Kaiser die gröblichsten Beleidigungen und Schmähungen geäussert haben. Im Sommer 1882 wird die Untersuchung wegen Majestätsbeleidigung eröffnet und von dem Rechtsbeistande die Exploration seines Geisteszustandes beantragt. Ein Physikatsgutachten erklärt ihn für geistig völlig gesund. Am 18. Dec. 1882 beantragt jedoch derselbe Gerichtsarzt auf Grund erneuter Zweifel über die Zurechnungsfähigkeit des W. die Untersuchung seines Geisteszustandes in der Irrenanstalt zu Jena. W. hat nämlich in den letzten 2 Jahren Anfälle von tobsüchtiger Erregung gehabt, in denen er sinnlose Handlungen beging und sein Eigenthum zerstörte. Auch ist bereits 1881 seine Entmündigung beantragt worden. W. wird als ein vorher dem Trunke ergebener Mann geschildert, der mit Frau und Kindern stets in Zank lebte.

Gutachten. Der p. W. kam am 27. Dec. 1882 völlig ruhig und äusserlich geordnet in die Anstalt und macht über den Anlass seiner Ueberführung klare Angaben, während er die Beschuldigung als grundlos bezeichnet. Sein Vater starb als er acht Jahre alt war an Auszehrung, die Mutter ebenfalls früh im Wochenbett. Explorant wurde beim Grossvater erzogen, besuchte die Schule bis zum 12. J., lernte darauf die Oekonomie, und heirathete im 19. Jahre. Die Ehe, aus der 5 Kinder stammen war nicht glücklich. Nach dem Tode der Frau heirathete er seine Magd mit der er schon früher Kinder gezeugt hatte. Von den 8 Kindern leben die meisten, ein Theil ist nach Amerika ausgewandert. Geistesstörungen und Nervenkrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. An dem schlechten Verhältniss zu Frau und Kindern will er unschuldig sein, giebt jedoch zu, dass er zuerst Bier, dann Schnaps, bis zu einem Liter täglich, getrunken habe. Seitdem leide er an Schlaf- und Appetitlosigkeit, schreckhaften Träumen und hochgradigen Aufregungszuständen, in denen er unsinnige Handlungen begangen habe. Sein Bericht darüber ist wegen Erinnerungs-Defekt lückenhaft; einmal habe er Nachts alles Vieh losgebunden und aus den Ställen gejagt. Ein anderes Mal habe er nach Alkohol-Excess eine kalte, regnerische Herbstnacht auf dem Grabe seiner Frau verbracht. Den Anlass zu seiner Anklage findet er in Racheakt des Schwiegersohnes.

E. W. ist für sein Alter körperlich rüstig, gross und kräftig, Schädelbildung normal, Gesichtsausdruck stumpf, Nasenspitze kupferbraunroth, starkes Zittern der Zunge, sowie der rechten Hand beim

Spreizen der Finger. Der linke Arm fehlt. Gang langsam, etwas schwankend. Anfangs mässiger Magenkatarrh, sowie hochgradige Schlaflosigkeit. Die Intelligenz zeigt nur die gewöhnlichen Alterserscheinungen: relativ gutes Erinnerungsvermögen für weiter zurückliegende Vorgänge bei gestörtem für die jüngste Vergangenheit, Urtheilsvermögen gering; grosse Rührseligkeit und abnorme, gesteigerte, gemüthliche Erregbarkeit. Die Schimpfparoxysmen fallen in die letzten 2 Jahre, sehr wahrscheinlich auch die anderen sinnlosen Handlungen.

E. W. leidet an chronischem Alkoholismus auf Grund dessen sich interkurrent auftretende Zustände von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit ausgebildet haben, durch welche seine freie Willensbestimmung vorübergehend ausgeschlossen war. Auch in der anfallsfreien Zeit besteht verminderte Zurechnungsfähigkeit. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die incriminirten Handlungen während der acuten Psychosen begangen wurden.

II. Erbliche degenerative Geistesstörung. (Moral insanity.) Anklage wegen Nothzucht.

Der beschäftigungslose Fabrikarbeiter G. R. aus V. überfiel am 3. Juli 1883 Abends gegen $8^1/_2$ Uhr die 12jährige Gutsbesitzerstochter J. K. unweit ihres Heimathsdorfes, warf sie in ein an der Strasse gelegnes Kornfeld und nothzüchtigte sie. Er war längere Zeit hinter ihr hergegangen, hatte sie dann angehalten und nach Namen und Alter gefragt, namentlich ob sie schon 13 Jahre alt wäre. Dann hatte er sie in das Kornfeld getragen, sie gemisshandelt und ihr mit Erstechen gedroht wenn sie schreie, sie auch am Schreien verhindert. Nach der That habe er ihr das Blut aus dem Gesicht gewischt und die aus dem Tragkorb verlorenen Stücke Kuchen zusammengelesen, ihr auch gesagt, sie solle den Kuchen wieder in die frühere Ordnung bringen, damit die Leute zu Hause Nichts merkten. In den Verhören gab er lückenhafte, abgerissene, oft sinnlose Antworten, räumte die Beschuldigung ein, erzählte aber den Vorfall nie im Zusammenhange. Er sei betrunken gewesen, habe von R. nach S. gewollt, wo sein Vater früher wohnte. Andere Male antwortet er gar nicht, sieht starr vor sich hin und erklärt, er müsse noch heute von hier fort. Er habe als Maschinenschlosser gearbeitet, habe vielfach ein herumschweifendes Leben geführt, sei 5 Jahre in der Irrenanstalt in J. gewesen, auch 5 Jahre im Zuchthause zu E. Später habe er mit seinem Bruder in E. und N. gearbeitet, sich dann von ihm getrennt und sei allein im Lande herumgezogen; dann wegen Bettelns in W. bestraft, habe er eine dreimonatliche Haft im Arbeitshause in E. verbüsst. Nachher hat er wieder vagabundirt. Im Arbeitshause ist er nicht auffällig geworden, sondern hat willig gearbeitet.

Gutachten. G. R. Fabrikarbeiter, 31 Jahre alt, kam 1877 in die Irrenanstalt zu J. am 22. 7. in einem Zustand hochgradig melancholischer Aufregung, nachdem er seit dem 17. 5. im Stadtkrankenhause zu H. einen heftigen psychischen Erregungszustand dargeboten hatte. In der Anstalt war er Anfangs stumpf, theilnamlos, Gesichtsausdruck angstvoll, schmerzlich, dann hochgradige Erregung in der er sich entkleidet, seine Sachen zerreisst, vor sich hin plaudert, isolirt

werden muss; dabei Stimmungswechsel, bald heiter ausgelassen,bald weinend, angstvoll schluchzend. Im September wird er ruhiger, verrichtet leichte Hausarbeiten, begeht jedoch, sich selbst überlassen unsinnige Handlungen, predigt, salbt sich die Haare mit Urin, trinkt auch Urin und Waschwasser, in dem sich andere gewaschen haben. Im October ist er wieder erregter. Januar 78 kindische Spielereien und stark entwickelter Sammeltrieb. In den Erregungszuständen auch Sinnestäuschungen (Gehörstäuschungen). Februar 78 ist er wieder fleissiger, Stimmung gleichmässiger, Redeweise und Briefe noch verwirrt. Am 20. 4. Beurlaubung in die Ackerkolonie nach Kapellendorf, am 16. 10. zur Mutter nach G., nach 4 Wochen Rückkehr in dem früheren Zustande, dem bald Ruhe und äusserliche Ordnung folgt. Nach kurzer Beurlaubung am 7. 6. 1879 verbleibt er in der Anstalt bis zum 13. 9. 1882; anfänglich noch Aufregungszustände mit Zerstörungstrieb, aggressiv werden gegen Mitkranke, dann schwachsinnige Grössenideen, spricht schnarrend als Lieutenant K. Vom Oct. 81. ab wesentliche Besserung. Er wird anfänglich mit Hausarbeit, Sommer 82 mit Landarbeit beschäftigt. Ein mässiger Grad von Schwachsinn ist unverkennbar, dabei starke, sinnliche Erregung die sich durch Onanie kund giebt. Das Körpergewicht hat um 12 Pfd. zugenommen. Am 13. 9. 82 wird er versuchsweise seiner Mutter und seinem Bruder übergeben mit der Weisung strenger Ueberwachung, welcher dieselben in keiner Weise nachgekommen sind. Am 31. 1. 83. wird er in L. wegen Bettelns aufgegriffen, später in W. aus dem Arbeitshause entlassen, räth der Direktion der Irrenanstalt in J., ihn zur Vermeidung des Zusammenseins mit dem daselbst eingelieferten Bruder desselben, einem gemeingefährlichen Geisteskranken, ihn dem Carl Friedrichhospital in B. zu überweisen. Dieser Rath wird nicht befolgt und G. R. dadurch in die Möglichkeit versetzt, das oben geschilderte Verbrechen zu begehen, wobei er bis zu gewissem Masse planvoll vorgeht.

Explorat verharrt dauernd theilnamslos, apathisch, brütet mit stieren Blicken, zusammengekniffenen Augen, stark gerunzelter Stirn, nach vorn übergebeugter, zusammengesunkener Körperhaltung, finster vor sich hin. Er schrikt beim Ansprechen zusammen, sucht auszuweichen, gibt unzusammenhängende Antworten. Es stehe alles in den Akten. Gemüthserregung bei Erwähnung der That ist nicht wahrnehmbar.

G. R. erkrankte 1877 psychisch, an zum Theil tobsüchtiger Erregung, später wechselten Zeiten von Unruhe und geistiger Verwirrtheit mit relativ klarem Verhalten. Auch in der Ruhe bestand ein Zustand geistiger Schwäche und Haltlosigkeit, die den Kranken unvermögend machten, sich selbstständig in der Welt zu bewegen. Die Anstalt erzielte relative Ruhe und Milderung der Neigung zu triebartigen Handlungen. Es handelt sich um eine sogenannte erbliche degenerative Geistesstörung, einer Krankheitsform mit raschem und vielgestaltigem Wechsel der Krankheitserscheinungen, bei welcher Stimmungsanomalien und impulsive und ungeordnete Handlungen gegenüber den Störungen des Intellekts im engeren Sinne in den Vordergrund treten. Solche Kranke werden oft als Gewohnheitsverbrecher bestraft, bis akute Zeichen geistiger Störung auftreten. Die angeborene Stö-

rung der Hirnorganisation zeigt sich oft in körperlichen Verbildungen, in der Entwicklung functioneller Neurosen, in der psychischen Eigenart von Kind auf. Die Geistesstörung tritt gewöhnlich in wichtigen Entwicklungsstadien auf, z. B. in der Pubertät. Sie hat auch viel Eigenartiges. Forensich wichtig ist die Neigung zu gewaltthätigen Handlungen. Inkulpat ist erblich organisch belastet; sein Vater war notorischer Trinker, der wahrscheinlich an Säuferwahnsinn zu Grunde ging, ein Bruder ist epileptisch und leidet seit der Pupertät an demselben Krankheitsbilde. Explorat ist also zweifellos geistig gestört und befand sich auch zur Zeit der Begehung der That in einem Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, durch den freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

III. Erbliche degenerative Geistesstörung. Raubanfall.

Am 25. d. M. fiel der domizillose Handarbeiter A. R. das erwachsene Mädchen C. H. auf der Strasse von B. nach T. räuberisch an und beraubte sie sämmtlicher Kleidungsstücke. Dieselbe lief nackt in die nahe gelegene K.-Mühle und wurde von R., der ein geöffnetes Taschenmesser in der Hand hielt, verfolgt. Derselbe wurde von dem Müller festgenommen und an das Amtsgericht abgeliefert. Im Gefängniss benahm er sich sehr erregt und wurde für einen Simulanten gehalten.

Physikatszeugniss. A. R. ist 33 Jahre alt, von mittlerer Grösse und mässig kräftiger Constitution, schlaffer Haltung, fahler Gesichtsfarbe und schwacher Muskulatur; Augen trüb, Blick matt und scheu, Gesammthabitus eines geistig und körperlich heruntergekommenen Landstreichers. Sein Vater war Trinker, ein Bruder im Irrenhause. Beim ersten Besuche wird er nackt angetroffen und giebt Auskunft, beim zweiten antwortet er gar nicht, oder verrücktes Zeug. Nach einigen Tagen wird er ruhiger, giebt an, dass er als Kind an Krämpfen, später an Epilepsie gelitten habe. Der That weiss er sich nicht zu erinnern er kann dieselbe in einem Anfall von epileptischem Irrsinn vollbracht haben. Es ist deshalb irrenärztliche Beobachtung des R. nothwendig.

Gerichtsärztliche Vernehmung des R. am 6. 2. 1883. Ich bin ledig, mein Vater war Trinker und starb, meine Mutter lebt und ist gesund. Ich bin 1880 wegen angeblichen Mordversuchs freigesprochen worden, wegen Betretens eines fremden Grundstücks zu einem Tag Gefängniss verurtheilt worden. Mein Bruder G. leidet an religiösem Irrsinn, mein Bruder H. vagabundirt. Von frühester Kindheit litt ich an Krämpfen. R. zählt nun seine verschiedenen Beschäftigungen auf. Vom November 1882 ab zog er mit seinem Bruder beschäftigungslos herum, von dem er sich in einem Gasthofe trennte. R. fängt nun an Unsinn zu schwatzen. Ein ander Mal erzählt er, dass ihn das Krampfleiden manchmal bewusstlos mache. Gegen Frauen will er Abneigung haben, sich durch Onanie befriedigen. Am 7. 2. 83 erinnert er sich der That, spricht dann aber wieder Unsinn. Die Mutter giebt an, dass A. ein schwaches Zwillingskind sei, seit dem 6. oder 7. Jahre an Krämpfen leide, gewöhnlich still und abgeschlossen, aber auch sehr jähzornig sei. Der Bruder hat ihn wegen Bedenken betreffs seines geistigen Zustandes nicht mitnehmen wollen; im Gasthause ist er

ihm verschwunden, nachdem er vorher einen Schnaps getrunken. Unterwegs hat er Unsinn gesprochen und geweint; er ist epileptisch und hat ihn einmal in der Wuth in den Oberarm gestochen. In H. war er wegen Geistesstörung im Krankenhause.

Gutachten. J. R. wurde am 28. 2. in die Anstalt aufgenommen, ist stumpf, apathisch, sitzt meist mürrisch da, schreckt, angeredet, empor, beantwortet die einfachsten Fragen richtig, wird jedoch bald unruhig, schneidet Grimassen; dann giebt er keine geordneten Antworten mehr, bildet durch Verdrehung von einzelnen Worten der Frage unsinnige Sätze, oder äussert krankhafte Vorstellungs-Vorgänge. Dies wird durch Beispiele erläutert. Explorat ist sehr erschöpft, schlaflos, muss gefüttert werden, weil er die Speisen für vergiftet hält. Von seiner Umgebung nimmt er keine Notiz, manchmal ist er aufgeregt, spricht lauter unsinniges Zeug. Vom 15. 3. bis 20. 3. Gefrässigkeit, am 22. 3. wird er gegen zwei Mitkranke ohne Grund gewaltthätig. Explorat hat sich erholt, epileptische Zustände sind nicht aufgetreten.

J. R. ist hochgradig verwirrter Geisteskranker mit zahlreichen Wahnideen, vermag auch die Vorgänge in seiner Umgebung nicht in sich aufzunehmen und zu verarbeiten. Seine Gemüthsstimmung ist sehr wechselnd. Die Geisteskrankheit datirt erst seit neuester Zeit. Die That vollführte er mit planloser Brutalität und zeigte dabei ein Gemisch von überlegtem und sinnlosem Handeln. Die Anamnese ergiebt, dass J. R. ein erblich belasteter Mensch ist, der von frühester Kindheit auf, Eigenthümlichkeiten der körperlichen und geistigen Organisation darbot. Auf dem Boden der organischen Veranlagung hat sich die erbliche, sogenannte degenerative Geistesstörung entwickelt. Die Masse des Gehirnschädels ergeben eine durchgängige Verkleinerung desselben in allen Theilen.

Der Unterkiefer ist mangelhaft entwickelt (Micrognathie), der Gaumen ist eng und hoch. J. R. ist geisteskrank und hat die That in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit begangen. Er bedarf wegen Gemeingefährlichkeit der Detention in einer Irrenanstalt.

Landsberg (Ostrowo).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bunzlau, II. Arzt, M. 2400, freie Wohnung etc. 2) Leipzig, Irrenklinik, Assistenzarzt, 1. Oct. 1500 M., fr. Stat. 3) Allenberg Volontairarzt. 4) Dalldorf, Volontairarzt, 600 M. 5) Illenau, Hilfsarzt, 1200 M., freie Station. 6) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt sofort, erstes Jahr M. 1440, zweites Jahr M. 1620. Verpflichtung auf 2 Jahre. 7) Kaiserswerth, 3000 M. freie Wohnung. 8) Eichberg im Rheingau, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 9) Eberswalde, Provinzialirrenanstalt, 2. Hilfsarzt, 1200 M , freie Station. Meldung sofort zu richten an Geh. Sanitätsrath Dr. Zinn, Eberswalde.

Ernannt. Dr. Mendel in Berlin zum ausserordentl. Professor.

Redaction: Dr. L. Goldstein in Aachen.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **15. September 1884.** **Nro. 18.**

INHALT.

I. Originalien. Die gleichzeitige Anwendung verschiedener Bromsalze bei Nervenleiden, insbesondere bei Epilepsie. Vom Herausgeber.

II. Referate und Kritiken. Rumpf: Untersuchungen über die Wärmeregulation in der Narcose und im Schlaf. Bechterew: Ueber die Function der Vierhügel. Hodges: Ueber Nachbilder. Freud: Neue histol. Methode für das Studium der Nervenfasern im Gehirn und Rückenmark. Ferrier: Halbschnitt durch das Rückenmark. Feilchenfeld: Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen. Mannkopff: Beitrag zur Lehre von der Localisation der Gehirnkrankheiten, von der secundären Degeneration und dem Faserverlauf in den Centralorganen des Nervensystems. Sharkey: Schwere Rückenmarkserschütterung. Edmunds: Erschütterung und Entzündung des Rückenmarks nach Schussverletzung. Kernig: Ueber ein wenig bekanntes Symptom der Entzündung der weichen Hirnhäute. Angyan: Zwei Fälle von Vaguslähmung. Löwenfeld: Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der chronischen Rückenmarkskrankheiten. Schulz: Typhus abdominalis mit symmetrischer Gangrän. Kurz: Paraldehyd als Schlafmittel. Turner: Ein Fall von Heilung einer schweren Neuralgie des n. ulnaris durch Einpritzung von Osmiumsäure. Lesser: Ein Fall von Dehnung der Intercostalnerven. Hay: Ueber die Wirkung der Nitrite und des Nitroglycerins bei Angina pectoris. Wildermuth: Notiz über die Anwendung der Osmiumsäure gegen Epilepsie. Bibber: Die rationelle Behandlung der Chorea. Ziel: Zur Casuistik seltener Formen von Syphilis. Hoestermann: Ueber Zwangsvorstellungen. Leidesdorf: Ueber psychische Störungen im Kindesalter. Eickholt: Zur Kenntniss der Dementia paralytica. Bannister: On Monomania. Montgomery: Communicated insanity. Kiernan: Geisteskrankheiten und Herzfehler.

III. Miscellen. Zum Morphiumabusus.

IV. Personalien. Berichtigung. Notiz.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das IV. Quartal 1884 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Originalien.

Die gleichzeitige Anwendung verschiedener Bromsalze bei Nervenleiden, insbesondere bei Epilepsie.

Vom Herausgeber.

Vor acht Jahren veröffentlichte ich eine Arbeit „über die Wirkung der Bromverbindungen bei Erkrankungen des Nervensystems“[1]), in der ich meine Erfahrungen über Bromkalium, Bromlithium und Bromchinin niederlegte. Diese Mittel hatte ich in Anwendung gezogen bei Epilepsie, Hysterie, menstrualen Psychosen und bei central bedingten Neuralgien namentlich bei den lancinirenden Schmerzen der Tabes dorsalis. Ueber den Einfluss der genannten Arzneimittel auf die Epilepsie kam ich damals zu dem Schlusse, dass die Mittel, in genügender Dosis dargereicht, zwar die Zahl der Anfälle vermindern, sodass diese Wochen und Monate hindurch ganz aussetzen, dass sich aber der Organismus an die Mittel gewöhnt und dass die Anfälle, sobald die Mittel reducirt oder ganz ausgesetzt werden, in der grössten Mehrzahl der Fälle wiederkehren. Eine Differenz in der Wirkung auf die Epilepsie war unter den drei besprochenen Bromsalzen nicht zu constatiren.

Dieses Ergebniss stand zwar in Widerspruch mit den ausserordentlich günstigen Erfahrungen, die kurz zuvor von Otto veröffentlicht waren, es deckte sich aber vollkommen mit denen anderer, auf dem Gebiete der Epilepsie-Behandlung gleich erfahrener Aerzte wie Clemens in Erkerode-Sickte, Heberle in Tettnang, Hemkes in Hildesheim, Wolf in Hephata, Bertelsmann in Bielefeld u. A.

Seit jener Zeit sind wir in der medicamentösen Behandlung der Epilepsie keinen Schritt vorwärts gekommen, denn die Sache lag und liegt in immer auf's Neue bestätigter Erfahrung so, dass bei fortgesetzter Behandlung mit Bromkalium die Anfälle im günstigsten Falle aussetzen, dass sie aber sofort wiederkehren sobald die Tagesdosis unter eine gewisse, persönlich sehr variable Höhe vermindert, oder das Mittel ganz ausgesetzt wird. Eine Verkleinerung der Dosis, beziehungsweise ein gänzliches Aussetzen des Bromkalium ist aber sehr häufig aus verschiedenen Gründen nothwendig, unter denen Verdauungs- und Ernährungsstörungen obenan stehen. Hieraus hat sich das bis auf den heutigen Tag fortgesetzte Suchen nach anderen, nachhaltiger wirkenden anti-epileptischen Mittel ergeben, wie die Versuche mit Atropin, Curare, Sclerotinsäure, Osmiumsäure, Coniin u. A. zur Genüge beweisen. Ich habe, vorübergehende Anwendung von Curare abgerechnet, mich an die Bromsalze gehalten, denen der Ruf der wirksamsten Antispasmodica unbestritten bleibt, und habe versucht durch Aenderung in der Darreichungsform bessere Resultate zu erzielen.

Nachdem es festgestellt war, dass die beruhigende Wirkung des Bromkalium von dem Bromcomponenten und nicht von dem Kalium abhängt; nachdem es ferner feststand, dass die bei länger fortgesetz-

[1]) Correspondenzbl. f. Psychiatrie etc. 1876 November.

tem Gebrauche auftretenden lästigen, oft sogar nicht unbedenklichen Erscheinungen vom Herzen, dem Kreislauf und der Athmung der Kaliwirkung zuzuschreiben sind lag nichts näher als erstens die günstige Wirkung durch die Wahl solcher Bromverbindungen zu steigern, die einen höheren Procentgehalt an Brom aufweisen als Bromkalium, und zweitens die mit der Zeit nachtheiligen Wirkungen dadurch zu vermeiden, dass nur solche Bromverbindungen angewandt werden, die kein Kalium enthalten.

Während Bromkalium 68% Brom enthält, hat Bromnatrium 80%, Bromammonium 88%, Bromlithium 92%. Diese letztgenannten 3 Salze standen also zunächst zur Verfügung, und ich habe sie seit vielen Jahren bei Epilepsie und verschiedenen anderen Neurosen und Psychosen in Dosen bis 10,0 Gramm pro die angewendet.

Meine Erfahrungen kann ich in folgenden Sätzen aussprechen.

1. Die 4 genannten Bromsalze stehen sich in ihrer antispasmodischen, sedativen beziehungsweise hypnotischen Wirkung völlig gleich; keines verdient vor dem anderen einen Vorzug.

2. Eine derartige Beeinflussung der Epilepsie, dass auch nach dem Aussetzen des Mittels die Anfälle ausbleiben, habe ich bei keinem der 4 Salze beobachtet.

3. Die üblen Einwirkungen des Bomkalium auf Herz, Gefässapparat und Respiration kommen bei Anwendung anderer Bromsalze nicht zur Beobachtung.

4. Jedes der genannten Salze ist im Stande Bromacne zu erzeugen; dieselbe verschwindet aber unter dem Gebrauch gleicher Dosen eines anderen Bromsalzes.

Diese letztgenannte Beobachtung war mir die interessanteste; sie schien mir für eine noch weitere, unbekannte Wirkung der Salze zu sprechen und veranlasste mich sie in *combinirter Form* anzuwenden.

Ich will die Jahre lang fortgesetzten, oft misslungenen, immer wieder in geeigneten Fällen aufgenommenen Versuche über Combination und Dosis in ihren Details hier nicht mittheilen; das, was sich mir schliesslich als nicht unwichtiges Ergebniss herausgestellt und fortgesetzt bewährt hat ist Folgendes.

1. Die Combination von Bromkalium, Bromnatrium und Bromammonium im Verhältniss von $1:1:\frac{1}{2}$ wirkt erheblich besser als jedes der diese Zusammensetzung bildenden Einzelsalze in gleicher, selbst in höherer Dosis.

Die Vermuthung, dass diese erhöhte Wirkung auf den gesteigerten Bromgehalt zu beziehen sei ist nicht zutreffend. Zehn Gramm der genannten Combinationen enthalten 7,68% Brom, also nur wenig mehr als die gleiche Quantität Bromkalium, während Bromnatrium, = Ammonium und gar = Lithium viel mehr Brom enthalten, aber bei einzelner Darreichung erheblich in der Wirkung zurückbleiben.

Bei der längere Zeit von mir angewandten Combination der drei Salze zu gleichen Theilen sah ich häufig Stauungserscheinungen in venösem System, die ich auf das Ammonium zurückführte, und die ausblieben als ich letzteres Salz auf die Hälfte verminderte.

2. Mit der genannten Combination habe ich es bei Epilepsie erreicht, dass die unter ihrer Anwendung verschwundenen Anfälle nach dem Aussetzen nicht wieder gekehrt sind.

3. Die Acne, welche ein Einzelsalz hervorruft, verschwindet unter dem Gebrauche der combinirten Salze, und auch dann, wenn das die Acne erzeugende Salz in der Combination enthalten ist.

4. Eine durch die combinirten drei Bromsalze erzeugte Acne habe ich bis jetzt nicht beobachtet.

Das wichtigste Ergebniss ist das unter Nro. 2 mitgetheilte; der Nachdruck liegt, so weit meine Erfahrung bis jetzt reicht, gegenüber der Darreichung der Einzelsalze darauf, dass letztere nur während ihres Gebrauches die epileptischen Anfälle zum Verschwinden bringen, während die Combination der Salze auch noch nach ihrem Aussetzen diesen Erfolg aufzuweisen hat.

Neben diesen Versuchen über die Wirkung der Bromsalze liefen andere her über ihre zweckmässigste Anwendungsform mit Rücksicht auf die Verdauung, die bekanntlich leicht bei fortgesetzter Zufuhr eines Bromsalzes leidet. Schon in jener ersten Arbeit hatte ich empfohlen Bromkalium *nach* den Mahlzeiten und stets in grosser Wassermenge nehmen zu lassen. Als ich damit nicht in allen Fällen Verdauungsstörungen hintanhalten konnte, griff ich zu erwärmtem Wasser, zu einem Infusum Calami als Vehikel u. A. Auch die in dieser Richtung fortgesetzten Versuche will ich nicht detaillirt wiedergeben. Das Vehikel welches sich mir am besten und sichersten bewährt hat ist ein *kohlensaures alkalisches Wasser* wie *Selterser, Rhenser, Vichy.*

Nun ergab die Praxis, namentlich die poliklinische, sehr bald Schwierigkeiten: die Pat. können nicht überall leicht derartige Mineralwässer erlangen und werden daher häufig in ihrem regelmässigen Gebrauche gehindert. Auch kam der Geldpunkt in Betracht, da sich bei dieser Behandlung die Cur nicht unerheblich vertheuerte.

Um diesem doppelten Uebelstande abzuhelfen liess ich vor ungefähr einem Jahre in der Mineralwasserfabrik von Dr. Carbach hierselbst ein „Bromwasser“ anfertigen, welches auf 750 Cub. cent. kohlensauren Soda-Salzwassers, 4,0 gr. Bromkalium, 4,0 gr. Bromnatrium und 2,0 gr. Bromammonium, enthält; ausserdem ist zur Alkalisirung des meist sauer reagirenden Bromammonium 1 Tropfen Ammoniak zugesetzt. Dieses Bromwasser schmeckt durch die Kohlensäure angenehm prickelnd; letztere verdeckt den Salzgeschmack der Bromsalze fast ganz. Es wird vorzüglich gut vertragen und ist erheblich billiger[1]) als die aus der Apotheke bezogene Bromsalzlösung[2]) nebst kohlensaurem Wasser.

Von grosser Bedeutung für die Haltbarkeit des „Bromwassers“ war der Einfluss der CO_2, auf den ich durch die höchst werth-

[1]) 75 Pfg. per Flasche incl. Glas und Verpackung.

[2]) Die Verordnung in Pulver ist nicht durchführbar, weil das Bromammonium durch Aufnahme von CO_2 aus der Luft sich zersetzt und dann sauer reagirt. Dasselbe gilt in noch höherem Grade von dem Bromlithium, welches in unverdorbenem Zustande gar nicht zu haben ist.

vollen Mittheilungen von Binz[1]) aufmerksam wurde. Genauere und wiederholte Prüfungen ergaben hier: 1) das Bromwasser, in oben angegebener Weise zusammengesetzt, bleibt noch nach Monaten klar. 2) Es reagirt nach Monaten noch alkalisch. 3) Methylviolett (Sol. 1 : 100000) wird von ihm nicht entfärbt, Beweis, dass eine Zersetzung in Bromwasserstoffsäure, die eine Entfärbung des Methylvioletts hervorruft, nicht vor sich gegangen ist.

Was die Art der Darreichung des „Bromwassers“ bei Epilepsie und krampfartigen Neurosen, namentlich bei Hemicranie betrifft, so möchte ich folgendes empfehlen. Man beginne mit einer halben Flasche täglich und steige schnell auf eine ganze; mehr habe ich nie nehmen lassen. Das „Bromwasser“ werde nach den Mahlzeiten getrunken. Grössere Gaben auf einmal, und nur 1 mal in 24 Stunden nehmen zu lassen muss ich widerrathen. Man lasse das „Bromwasser“ trinken bis zum Eintritt von Intoxicationserscheinungen. Hierbei halte ich aber die allgemein als Endpunkt der Cur angesehene Intoxications-Anaesthesie der Rachenschleimhaut keineswegs als das Zeichen für die Unterbrechung der Medication; diese muss nach meiner Erfahrung fortgesetzt werden bis zum Eintritt einer psychisch-motorischen Intoxication, die sich kennzeichnet durch Schlafsucht, geistige Benommenheit, schlaffe Körperhaltung, unsichere Bewegung und Erschwerung der Sprache.

Sind diese Erscheinungen eingetreten, dann ist das „Bromwasser“ zunächst für 3 Tage auf die Hälfte zu reduciren, dann ganz auszusetzen. In wenigen Tagen gehen dann unter gleichzeitiger kräftiger Ernährung, Anwendung von Bädern die genannten Intoxicationssymptome zurück.

Das „Bromwasser“ habe ich seit fast einem Jahre angewendet bei Epilepsie, epileptischen Psychosen, Hysterie, hysterischem Kopfschmerz, Pavor nocturnus, Neurasthenie mit Pollutionen, Hemicranie und Schlaflosigkeit nach Morphiumentziehung, und bin mit den Erfolgen durchaus zufrieden. Bei Epilepsie und Hemicranie habe ich die Darreichung bis zur Intoxication getrieben, bei den übrigen Krankheiten nicht.

Bei einem Falle von linksseitiger Hemicranie, die durchschnittlich wöchentlich einmal auftrat, sind die Anfälle seit $3^1/_2$ Monaten nicht wiedergekehrt. Bei einem 3 jährigen Mädchen mit Epilepsia gravis sind die Anfälle seit 4 Monaten ausgeblieben; bei einer 22 jährigen unverheiratheten Person, die stets bei der Menstruation Anfälle von Epilepsia gravis erlitt, fehlen die Anfälle schon seit 3 Monaten; bei einem Knaben von 7 Jahren mit petit mal sind die Anfälle schon 9 Monate ausgeblieben, während er seit 8 Monaten kein „Bromwasser“ mehr zu sich nimmt. Die Krankengeschichte dieses Knaben werde ich hier kurz mittheilen, weil sie in sehr prägnanter Weise die günstige Wirkung des „Bromwasser“ gegenüber dem Bromkalium resp. dem Bromammonium zeigt. Andere Fälle sind noch in Behandlung.

---

[1]) Binz, Vorlesungen über Pharmakologie, I. Abth. Berlin 1884.

Dass nicht bei allen eine günstige Einwirkung eintreten wird liegt auf der Hand und nichts liegt mir ferner als die combinirte Darreichung verschiedener Bromsalze in Form des „Bromwassers“ als eine Panacee gegen Epilepsie zu empfehlen. Meine nicht ungünstigen Erfahrungen mit dieser aus Jahre lang fortgesetzten Versuchen sich als wirksam ergebenen Anwendungsform der Bromsalze schienen mir aber einer Veröffentlichung werth, um die Specialcollegen zu einer Wiederholung und Prüfung zu veranlassen. Vielleicht wird damit doch einem oder dem anderen Kranken dauernd geholfen.

Hans L., 7 Jahre alt, tritt am 24. October 1883 in meine Behandlung. Er ist das Kind nicht verwandter, hereditär zu Neuro-Psychosen nicht disponirter Eltern.

Er ist auf normale Weise zur Welt gekommen, hat keine Gehirnkrankheiten gehabt. Sein Aussehen ist blühend, seine Muskulatur kräftig. Die sehr genau vorgenommene Untersuchung kann absolut keine Abnormität an dem Knaben nachweisen. Seit dem Frühjahr 1882 haben die Eltern bemerkt, dass der Knabe an Epilepsie leidet. Täglich tritt ein Anfall ein, oft aber zwei und mehr: Der Knabe nimmt mitten aus einem Spiel, einer Beschäftigung heraus plötzlich eine steife Haltung des Oberkörpers an, sein Blick wird stier, er beginnt halb laut schnell vor sich hin zu sprechen, und macht schnell trippelnde Bewegungen mit den Füssen; das Bewusstsein erlischt dabei, die ganze Scene hat eine Dauer von einigen Secunden bis zu einer Minute. Krämpfe und Zungenbiss fehlen, ebenso Sphincteren-Paresen. Nach dem Anfall, der als petit mal zu bezeichnen ist, tritt eine starke Schlafsucht ein. Nach mehrstündigem Schlafe erwacht der Knabe heiter und weiss von dem Vorgefallenen nichts.

Bis jetzt war der Knabe seit einigen Monaten mit Kalium bromatum, täglich 3—4 Gramm, behandelt worden, ohne jeden Erfolg.

Ich verordnete Bromammonium in einem Baldrianinfus, und liess zunächst 3,0 pro Tag, später 5,0 nehmen. Der Verlauf ist folgender.

1883 October. 23. Zwei Anfälle. 25. Beginn der Cur. 26. Zwei Anfälle, der erste Morgens $9^1/_2$, 30 Sec. dauernd, danach 2 St. Schlaf; der zweite Abends $6^1/_2$ Uhr, ebenso lang. 27. Von heute ab 5,0 Ammon. br. 3 Anfälle, sämmtlich Morgens vor 9 Uhr, beim ersten fiel er aus dem Bett, der dritte dauerte über 1 Minute.

November. 5. Ein Anfall. Der Knabe war gegen Verordnung mit leerem Magen aufgestanden und in den Garten gelaufen. 16. Mittags $12^1/_2$ Uhr ein Anfall von $^1/_2$ Min. danach kein Schlaf. Es entsteht Acne. 17. Nachm. $2^3/_4$ Uhr ein Anfall, danach 1 Stunde Schlaf. Hat in den 2 letzten Nächten den Urin ins Bett laufen lassen, was früher nie vorkam; vermuthlich kommt bei dem tiefen Schlaf der Reiz der vollen Blase nicht mehr zum Bewusstsein. 18. 4,0 Bromammon. Morgens 10 Uhr ein Anfall. Allgemeinbefinden munter. Die Acne wird stärker. 20. 3,0 Ammon. br. $3^1/_2$ Uhr Anfall, danach 6 Stunden Schlaf. 21.

Zwei Anfälle, der erste Morgens 9, danach 2 St. Schlaf, der zweite $11^3/_4$, ohne Schlaf. 22. 4,0 Bromammon. Ein Anfall um 11 Uhr mit kurzem Schlaf danach, ein zweiter Anfall um 2 Uhr mit $1^1/_2$ St. Schlaf, beide beim Eintritt aus dem Garten ins Zimmer. 25. Zwei Anfälle. 27. Drei Anfälle. 30. Ein Anfall.

Vom 25. October bis 30. November hat der Knabe also 18 Anfälle gehabt; in dieser Zeit hat er 145 Gramm Ammon. bromat., also täglich im Durchschnitt 4,0 Gramm genommen.

Vom 1. December ab nimmt er „Bromwasser", täglich $^1/_2$ Flasche = 2,0 Bromkalium, 2,0 Bromnatrium, 1,0 Bromammonium.

December. 9. Die Acne ist fast ganz verschwunden, nur am r. Daumen noch eine eiternde Pustel. Kein Anfall, Pat. ist munter und sieht frisch aus. 13. Gewicht 25 Kilo 450 Grm. 23. Kein Anfall. Die bisherige Munterkeit ist verschwunden, die Haltung ist schlaff, der Blick matt und glanzlos, die Gesichtsfarbe fahl, das Fleisch fühlt sich welk an. Die Stimmung ist traurig, zum Schmollen geneigt; der Knabe ist theilnahmlos; am Tage schläft er mehr als bislang. Appetit gering. Gewicht 24 Kilo. Stuhl erfolgt nur auf Pulv. liq. compos. riecht sehr intensiv nach Brom. Ebenso riecht die Expirationsluft des Pat. nach Brom. Die Acne ist ganz verschwunden. — Trinkt etwas weniger Bromwasser von heute ab. 28. $^1/_4$ Flasche. 30. *Mit dem Bromwasser ausgesetzt. Kein Anfall bis heute.* Gewicht 23 Kilo 600 Grm. Der Knabe ist munter. Im Ganzen sind 13 Flaschen „Bromwasser" = 130 Gramm Bromsalze verbraucht, also täglich im Durchschnitt 4,3 gr.

1884. Januar. 7. Der Knabe ist wieder ganz munter und mobil. Gewicht 24 Kilo 800. 21. Gewicht 24 Kilo 470. Kein Anfall.

Februar. 6. Gewicht 26 Kilo 50. Aussehen frisch.

Im Juni lernt er schwimmen, besucht die Schule.

Ein Anfall ist bis heute, also 8 Monate seit dem Aussetzen des Bromwassers, nicht eingetreten.

Bendorf, Sedantag 1884.

II. Referate und Kritiken.

459) **Th. Rumpf** (Bonn): Untersuchungen über die Wärmeregulation in der Narcose und im Schlaf. (Sep.-Abdr. aus Pflüg. Archiv f. d. g. Physiol. Bd. XXXIII. 1884.)

Bei der im physiolog. Institute in Bonn vorgenommenen Untersuchung etwaiger Veränderungen der Muskulatur unter der Einwirkung grösserer oder geringerer Wärmeproduction fand Verf., indem er zur Herstellung der grösst möglichen Ruhe des Versuchsthieres Meerschweinchen subcutan Chloralhydrat, oder Chloral und Morphium injicirte einen solchen Abfall der Temperatur, dass die Wärmeregulation vollständig aufgehoben zu sein schien. Bei intensiver Narcose fiel die

Temperatur bei einer Umgebungstemperatur von circa 2^0 um etwa $0{,}1—0{,}05^0$ C. in der Minute, so dass die Eigenwärme des Thieres innerhalb 2 Stunden um 10^0, innerhalb 4 Stunden um 19^0 herabging und nach 5 Stunden den tiefsten Stand von $16{,}95^0$ erreichte, wobei der Tod eintrat (Howarth). Das Thier hat also das Vermögen der Wärmeregulation verloren. Die beträchtlichste Herabsetzung erfährt die Temperatur des Thieres unter der subcutanen Einführung einer genügenden Dosis Chloralhydrat (22^0 und 17^0 C.), während in der Morphiumnarcose ein Fallen von etwa 10^0 zu constatiren war. Gleichzeitig ist das Auftreten von leichten clonischen Zuckungen, theils der Extremitäten, theils auch der übrigen Körpermuskeln zu verzeichnen. Bei der Einwirkung von Chloroform, Alkohol und Aether wurden gleichfalls Temperaturherabsetzungen, wenn auch nicht so bedeutende, wie beim Chloral, erzielt. Die geringsten Werthe ergaben Salmiak und Kampher. In der kalten scharfbewegten Luft liegt ein intensiver Reiz, der Anfangs der Narcose einen Damm entgegensetzt, hat aber die Narcose begonnen, so wird in der kalten Umgebungstemperatur die Herabsetzung um so beträchtlicher. In der mit Schlaf verbundenen Narcose war die Wärmeregulation am tiefsten beeinträchtigt, indessen erfuhr dieselbe auch *ohne* Schlaf eine Herabsetzung. Die erwähnten clonischen Zuckungen — dem Fieberfrost ähnelnd — beeinträchtigten keineswegs den vorhergegangenen regelmässigen Temperaturabfall. Die Annahme einer grösseren Wärmezurückhaltung unter dem Einflusse dieser Zuckungen muss desswegen zurückgewiesen werden.

Beim Erforschen der Ursache der Temperaturherabsetzung durch die Narcose, die entweder in einer Herabsetzung der Wärmeproduktion bei gleichbleibender Wärmeabgabe oder in einer gesteigerten Abgabe bei gleichbleibender oder wenigstens nicht wesentlich verminderter Produktion begründet sein konnte, bestimmte Verf. im Pflüger'schen Respirationsapparate den Sauerstoffverbrauch, sowie die Kohlensäureproduktion der Versuchsthiere.

Mit Zugrundelegung der Zahlen von Colasanti, Finkler und seinen eignen fand Verf., dass bei dem mit Chloralhydrat narkotisirten Thiere die Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureproduktion ganz beträchtlich sinken. Für die übrigen Narcotica fand er dasselbe. Bei intensiver Narcose kann der Sauerstoffverbrauch pro 1 Kilo und 1 Stunde auf weniger als 40% der Norm sinken. Mit der Zunahme der Herabsetzung der Eigenwärme aber nehmen die Oxydationsprocesse proportinal ab und umgekehrt, welches Resultat mit den früher von Pflüger entwickelten Gesetzen im Einklang steht. Der Einfluss, den die Narcotica auf die Eigenwärme des Thieres ausüben, ist demnach durch eine Beeinflussung der Wärmeproduktion und nicht durch eine solche der Wärmeabgabe bedingt. Die Verbrennungsprocesse selbst erfahren eine Einbusse. Jetzt hiess es, zu entscheiden, ob dieser Einfluss der Narcotica seine Entstehung einer die Oxydationsprocesse unmittelbar hemmenden Wirkung verdankt, oder bedingt ist durch die Einwirkung der Narcotica auf das Centralnervensystem. Ohne auf die Methode der Untersuchung hier näher einzugehen, fügen

wir gleich das Resultat an, welches dahin lautet, dass die von Verf. untersuchten narcot. Präparate einen hervorragenden Einfluss auf die Oxydationsvorgänge im Muskel selbst in *keiner Weise* haben, sondern wie Colasanti für das Curare gefunden hat, dass sie indirect durch Vermittlung des Nervensystems wirken. Die vom Centralnervensystem ausgehende Hemmung, welche die Oxydation in der Narcose erfährt, die von ihm ausgehende continuirliche Regulation der Verbrennung innerhalb der Muskeln wird in der Narcose so beträchtlich vermindert durch eine Herabsetzung der Function der wärmeregulirenden Centren. Die beiden letzten Capitel „Wärmeregulation und Schlaf und therapeutische Schlussbemerkungen" sind mehr reflectirender Natur und verweisen wir ihretwegen auf das Original.

Goldstein (Aachen).

---

460) **W. Bechterew** (St. Petersburg): Ueber die Function der Vierhügel. (Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiologie Bd. XXXIII. 1884.)

Die Ansichten über die Verrichtung der Vierhügel und der diesen homologen Zweihügel niederer Thiere sind weit auseinander gehend. Die bislang gemachten Zerstörungsversuche laboriren an dem Umstande, dass sie die Vierhügel resp. Zweihügel nicht isolirt trafen und Reizungsversuche allein geben ein höchst unsicheres Resultat. Um die Zweihügel bei Fröschen zu zerstören, eröffnete Verf. die Schädelkapsel des Thieres an entsprechender Stelle und zerquetschte behutsam durch wiederholtes Andrücken mit der Pincette jede Zweihügelerhebung. Ausser Erblindung kam dabei keine andere Störung zur Beobachtung, nur Zerstörung der unterliegenden Gebiete bei tiefer Durchschneidung hat zugleich mit Erweiterung der Pupillen deutliche Störung des Körpergleichgewichtes und vollständiges Aufheben des reflector. Quackens zur Folge. Mit einem kleinen piquenartigen Instrumente wird vorsichtig in die Hirnsubstanz einer Taube eingestochen und durch entsprechende Wendung des Stieles fast vollständig ein Zweihügel zerstört. Das Thier wird am contralateralen Auge blind; die Pupille des letzteren ist ein wenig erweitert, verengt sich aber bei starker Lichteinwirkung; jegliche Bewegungsstörungen fehlen. Zerstört man ebenso den anderen Zweihügel, so erblindet das Thier an beiden Augen. Das Körpergleichgewicht ist gut erhalten geblieben. Beobachtungen einige Wochen oder Monate nach der Operation, haben ergeben, dass die Taube ihr Sehvermögen einigermassen wieder erhält, eine Thatsache, die Verf. daraus erklärt, dass Portionen der Zweihügel stehen geblieben sind, die in Folge des Traumas anfänglich nicht functionirten, dies aber später mehr oder weniger unvollkommen thun. An Hunden ist die Operation isolirter Zerstörung der Vierhügel sehr schwierig. Verhältnissmässig am leichtesten ist es, eine vordere Vierhügelerhebung zu verletzen. Zu diesem Zwecke wird dem Thiere der Schädel in der Scheitelgegend an der Stelle der Pfeilnath trepanirt; dann wird ein sehr kleiner Löffel mit zugeschärften Rändern in der Nähe des sinus longitudinalis zwischen die Grosshirnhemisphären hindurchgeführt; längs der Wand des proc. falciform. gleitend, wird das In-

strument bis an das tentorium cerebelli versenkt, dann vorgerückt bis zum vorderen Tentoriumrand und einige Millimeter weit grade nach unten versenkt. Um die hintere Vierhügel zu zerstören, muss die eingebogene Spitze des Neurotoms nach Erreichung des vorderen Tentoriumrandes nach hinten und etwas nach aussen gerichtet und dann allmälig bis zur Vierhügelerhebung versenkt werden.

Bei einseitiger Zerstörung eines vorderen Vierhügels stellt sich weder an einem noch am andern Auge vollständige Blindheit ein; es besteht Functionsausfall der entsprechenden Abschnitte beider Netzhäute, halbseitiger Gesichtsfelddefekt, aber nicht in streng mathematischem Sinne. Nach Zerstörung eines hinteren Vierhügels entsteht halbseitige Einschränkung des äusseren Gesichtsfeldes am contralateralen Auge. Gleichzeitige Zerstörung der vorderen und hintern Vierhügel einer Seite hatte denselben Effekt, wie Zerstörung eines vorderen Vierhügels allein. Fast vollkommen blind wird das Thier nach Zerstörung beider vorderen Vierhügelerhebungen. Möglichst isolirte und vollständige Zerstörung beider hintern Vierhügel ist nicht gelungen. Eine annähernd geglückte Operation liess temporale Hemiopie erkennen. Mit Ausschluss der erwähnten Ergebnisse seitens des Gesichtes fand der Verf., dass möglichst isolirte Zerstörung der Vierhügel an Hunden sowohl, als Zerstörung der Zweihügel an niederen Thieren von keinen deutlichen Veränderungen in der Weite und Reaction der Pupillen begleitet wird, dass keine dauerhaften Veränderungen in der Stellung der Augen beobachtet werden, dass keinerlei Störungen des Körpergleichgewichtes constatirt wurden und schliesslich, dass die Thiere sogar nach möglichst vollständiger Abtragung der Vierhügel keine Veränderungen in der Fähigkeit, Schmerzempfindungen durch Schreien zum Ausdruck zu bringen, darbieten. (Alles dies im Gegensatz zu positiven Angaben anderer Autoren.) Die Thatsache, dass Zerstörung beider vorderen Vierhügel vollkomme Erblindung des Thieres an beiden Augen zur Folge hat, nöthigt zu dem Schlusse, dass alle in den Tractus optici enthaltenen Sehnervenfasern hinter den äusseren Kniehöckern in die vorderen Vierhügel eintreten. Die Verbindung der vorderen Vierhügel mit dem entsprechenden Tract. opt. geschieht vermittelst des brach. anter. und die Annahme, dass letzteres die ausschliessliche Leitungsbahn für das gekreuzte und ungekreuzte Tractusbündel vorstellt, wird noch dadurch erhärtet, dass Verletzung des einen brachium anter. allein halbseitige Gesichtsfeldbeschränkung an der contralateralen Seite hervorrief. Jedoch auch die hinteren Vierhügelerhebungen stehen mit den Sehnervenfasern der tract. optic. in Verbindung und zwar mit denjenigen, die zum Bestand des im Chiasma gekreuzten Bündels gehören. „Die einzelnen Vierhügelerhebungen an höheren Thieren dienen den Sehnervenfasern als Endigungsstätte, die zu bestimmten Abschnitten der Netzhaut des einen oder anderen Auges ziehen. Jeder vordere Vierhügel bietet die Endigungsstätte derjenigen Fasern, die zum äusseren Netzhautabschnitt des entsprechenden Auges verlaufen, jeder hintere — der zum inneren Netzhautabschnitt des collateralen Auges ziehenden.“

Die Resultate der Reizung der Zwei- resp. Vierhügel (bei Tauben und Kaninchen) — Ablenkung der Augen, Drehung des Kopfes und der vorderen Theile des Rumpfes um ihre Axe, Streckung der contralateralen Extremitäten — stehen nach dem Verf. in keiner Beziehung zur Reizung der Vierhügel selbst, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach sind sie durch Reizung unterliegender Nervenfasern bedingt.

Goldstein (Aachen).

---

461) **Sydney Hodges** (London): On some peculiarities connected with retinal images. (Ueber Nachbilder.) (Brain, April 1884. S. 77.)

Die Farbe eines Nachbildes, das durch längeres Starren auf einen hellen Fleck entstanden ist z. B. ein weisses Papier im Sonnenlicht, ist in keiner Weise von der Farbe des (später) betrachteten Gegenstandes abhängig, sondern nur vom Grade des auf die Retina geworfenen Lichtes, entweder von der grösseren und geringeren Helligkeit des Gegenstandes selbst oder der Zeitdauer, während der man ihn anstarrt. — Die Farbenscala des Nachbildes folgt im Entstehen und Verblassen der Scala des Spectrums. — Das Nachbild ist intermittirend überhaupt, wenn das Object nur mit einem Auge angesehen wird und ist intermittirend in der Farbe, wenn es in bestimmten Intervallen mit einem oder beiden Augen betrachtet wird. Zu diesen bereits früher genauer beschriebenen Beobachtungen fügt Verf. einige interessante neue hinzu. Blickt man längere Zeit auf mehrere neben einander gemalte Farben z. B. roth, blau, gelb, so verschwinden sie nach einiger Zeit zu einem gleichmässigen grauweiss, erscheinen aber sofort wieder, wenn man den Fixirpunkt ein wenig verschiebt. Dasselbe findet bei 2 Farben und bei einer statt. Es stimmt dies mit der Ermüdungstheorie von Helmholtz überein, wir *sehen* eine Farbe nur, indem wir die Augen schnell bewegen d. h. rasch die Netzhautbilder verschieben. — Beim Blick auf die Sonne durch ein Fernrohr bekam H. ein intermittirendes Nachbild von grosser Ausdehnung, in das sich nach momentanem directen Betrachten der Sonne mit beiden Augen ein *nicht* intermittirendes kleines Nachbild einschob.

Matusch (Sachsenberg).

---

462) **Freud** (Wien): A new histological method for the study of nerve-tracts in the brain and spinal cord. (Neue histol. Methode für das Studium der Nervenfasern im Gehirn und Rückenmark.) (Brain April 1884 S. 86.)

Stücke des Organs werden in Kal. bichromat. oder in Erlicki'scher Flüssigkeit ($2^1/_2$ Theile Kal. bichrom., $^1/_2$ Cupr. sulf. auf 100 Theile Wasser) gehärtet, in Alcohol gethan, die Schnitte in destillirtem Wasser abgewaschen, dann in eine wässrige Lösung von Goldchlorid (1 : 100) gebracht, der das halbe bis ganze Volumen Alcohol zugesetzt ist. In dieser bleiben sie 3—5 Stunden, werden mit einem *Holz*stäbchen herausgenommen, gewaschen und in Natronlauge (1 : 6 Wasser) gelegt. Sie werden dadurch durchsichtig und schlüpfrig. Nach 2—3 Minuten lässt man die Natronlauge abtropfen und bringt die Schnitte in eine $10^0/_0$ige Jodkalilösung, die ihnen eine rosige Färbung

giebt, die nach 5—15 Minuten dunkler wird. Schnitte von Erwachsenen werden nur einfach gewaschen und in Alcohol gelegt, Schnitte von Neugeborenen müssen sorgfältig mit aufgedrücktem Filtrirpapier getrocknet, oder es muss, wenn sie sehr fein sind, ihre Flüssigkeit durch angehaltenes Filtrirpapier abgesogen werden. Bei dieser Methode erscheinen die Nervenfasern in einem tiefen Purpur, Blau oder Schwarz, während graue Substanz, Gefässe und Neuroglia fast ungefärbt bleiben. Matusch (Sachsenberg).

---

463) **David Ferrier** (London): Hemisection of the spinal cord. (Halbschnitt durch das Rückenmark.) (Brain, April 1884. S. 1.)

F. durchschnitt einem Affen mit einem schmalen Tenotom zwischen dem 7. und 8. Nerven die linke Hälfte des Rückenmarkes. Die Symptome unmittelbar nach der Operation waren: absolute motorische Lähmung des linken Beines, erhöhte Temperatur desselben, Verschwinden des Kniephänomens bei vollkommen intacter Sensibilität des Beines, der linken Bauch- und Schwanzseite. Eine Steigerung der Empfindlichkeit liess der Vergleich mit der Sensibilität des Armes nicht erkennen. Ferner totale Empfindungslosigkeit des rechten Beines bei intacter Motilität. Das Thier hatte aber kein Bewusstsein von der Lage des Beines, es führte alle Bewegungen nur unter Controle der Augen aus. Blase und Rectum zeigten keine Functionsstörungen. Vor dem Tode, der am 18. Tage nach der Durchtrennung plötzlich erfolgte, war das Kniephänomen links stärker als rechts. Sonst war keine Aenderung in den Erscheinungen zu bemerken. Die Section zeigte das Rückenmark nicht vollständig durchtrennt. Um zu sehen, wie weit die Trennung ging, legte F. das Stück in eine starke Lösung von Hämatoxylin, ein Theil des linken Hinterstranges, sowie der vorderen Wurzelzone erwiesen sich als unzertrennt, ferner die graue Substanz um den Centralkanal und die vordere Commissur und einige Theile der grauen Substanz des Vorder- und Hinterhornes. Mikroscopisch fand sich aufsteigende Degeneration (Atrophie der Axencylinder ohne Vermehrung des Bindegewebes) im linken Burdach'schen Strang und directen Pyramidenstrang, Intactheit des Goll'schen Stranges. Nach unten Schwund der Axencylinder im hinteren Theil des Seitenstranges links, während die übrigen Theile keine Veränderungen darboten. Verf. schliesst hieraus, dass die Lehre Schiff's, der Hinterstrang sei die Bahn der Empfindung derselben Seite irrig sei, dass sie aber für die Richtigkeit der Ansicht Ludwig's und Waroschiloff's, die die Bahn der motorischen Willensimpulse für dieselbe, die der Empfindung für die entgegengesetzte Seite in die Seitenstränge verlegen, spreche. Ferner stimmte die Resultate nicht ganz mit Brown-Séquard's Schlüssen überein. Die von B.-S. urgirte motorische Lähmung und die Gefässparalyse auf der Seite der Läsion werde bestätigt, nicht aber der Verlust des Muskelsinnes. Das Versuchsthier zeigte grade das entgegengesetzte Verhalten: Der Muskelsinn war verschwunden auf der entgegengesetzten Seite, zugleich mit dem Schwinden der übrigen Empfindungsqualitäten. Matusch (Dalldorf).

---

464) **Feilchenfeld** (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen. (D. med. Wochenschr. 26. 1884.)

Der Quadriceps wurde am Kaninchen frei präparirt, 2 Ctm. oberhalb der Patella durchschnitten und wieder durch die Naht vereinigt. Das Kniephänomen blieb dabei erhalten. Fand der Schnitt höher oben, 3—4 Ctm. oberhalb der Patella, statt, so fehlt es nach der Wiedervereinigung der Muskelstücke. Um sicher zu sein, dass es sich in dem ersteren Falle wirklich um das Kniephänomen handelte, wurde der Cruralis durchschnitten, worauf die Zuckung ausblieb. Es wurde nun auf der einen Seite 2 Ctm., auf der anderen Seite 4 Ctm. oberhalb der Patella in der beschriebenen Weise verfahren; dort blieb das Phänomen bestehen, hier verschwand es. Verf. schliesst hieraus, dass dasselbe auf reflectorischem Wege zu Stande kommt. Denn würde es eine einfach mechanische Thätigkeit sein, so müsste es auch bei höherer Durchschneidung und Wiedervereinigung fortbestehen. Die Nervenendigungen, die sich in die Sehne hineinerstrecken, sind für das Zustandekommen der Sehnenphänomene erforderlich. Durch ihre Zerrung wird reflectorisch die Muskelzuckung ausgelöst. Verf. nimmt an, dass bei der ersten Durchschneidung (2 Ctm. über der Patella) die betreffenden Nerven nicht mitdurchschnitten worden sind. Wurde bei der höheren Durchschneidung der Muskel von oben her getrennt, so trat das Kniephänomen immer deutlicher ein, so lange das letzte Muskelbündel noch intact war. Geschah die Durchschneidung der Sehne von unten her, so verschwand das Kniephänomen sofort, obgleich der Muskel noch erhalten war.

Verf. hat ferner 1150 Patienten der chirurgischen Poliklinik in Berlin auf das Kniephänomen hin untersucht. Er fand es in 15 Fällen fehlend, = 1,3%. Von diesen 15 Fällen, die keinerlei Erscheinungen von Seiten des Nervensystems darboten, konnte bei 9 absolut keine Ursache für das Fehlen des Phänomens gefunden werden. In den übrigen 6 Fällen war entweder die Patellarsehne sehr lang und schlaff, oder die Tuberositas tibiae sehr ausgebreitet und die sich daran inserirende Sehne dem Knochen fest aufliegend oder starkes Fettpolster unter der Sehne bei corpulenten Leuten, wodurch also ein mechanisches Hinderniss für die Uebertragung des Reizes auf die Reflexauslösenden Apparate geschaffen wird. Die obigen 9 Fälle (0,78%) befanden sich, mit Ausnahme eines 62 j., im Alter von 20—40 J.; es ist also nicht augeschlossen, dass sich hier nicht noch eine Tabes entwickeln wird. Kron (Berlin).

---

465) **E. Mannkopff** (Marburg): Beitrag zur Lehre von der Localisation der Gehirnkrankheiten, von der secundären Degeneration und dem Faserverlauf in den Centralorganen des Nervensystems. (Sep.-Abdr. aus d. Zeitschrift f. kl. Medicin Juli-Heft 1884.)

Der nach allen Richtungen hin sorgfältig beobachtete und minutiös beschriebene Fall betraf ein junges Mädchen, welches im 14. Lebensjahre an Chorea und im 16. an Anaemie litt. Auch bei der im 17. Lebensjahre poliklinisch behandelten Scarlatina war ein Vitium

cordis nicht constatirt. Erst 2 Jahre später wurde Insufficientia valv. mitral. gefunden. In soporösem Zustande wurde Pat. in die Klinik gebracht. Es wurde eine totale Hemiplegia sinistra in Folge eines apoplectischen Insultes constatirt; es bestand Dysarthrie. In Folge eingetretener Besserung der Motilität nach Jodkaliumgebrauch und Anwendung des constanten Stromes quer durch den Kopf wurde Patientin auf ihren Wunsch in ihre Heimath entlassen, aber schon nach $^1/_4$ Jahr wieder aufgenommen. Es bestand Hemiparesis facio-linguo-brachialis; später Betheiligung des oberen Facialisgebietes. Leichte circumscripte Sensibilitätsherabsetzung. Später geringe vasomotorische und trophische Störungen, zuletzt leichte Contractur am paretischen Arm. Unter zunehmender Compensationsstörung des Herzfehlers trat der Tod 7 Monate nach dem apoplectischen Insult ein. Die Section zeigte chronische Endocarditis an der Valvula mitralis und im linken Vorhof. Erweichungscyste mit umgebender secundärer Entzündung, fast ausschliesslich den untern zwei Dritteln der hinteren Centralwindung und dem entsprechenden Abschnitt des Centrum ovale angehörig, wenig auf die benachbarten Partien der vorderen Centralwindung und beider Scheitelläppchen übergreifend. Absteigende secundäre Degeneration vom Fusse des Stabkranzes bis zum Rückenmark. Die sehr genaue macro- und microskopische Untersuchung ist auf 2 Figurentafeln erläutert.

Bei der epicritischen Besprechung vorliegenden Falles erwähnt Verf., dass embolische Gefässverstopfung in der rechten Gehirnhemisphäre und daran sich anschliessende Processe die Veranlassung zu den Innervationsstörungen, sowie zu der Erweichungscyste gegeben hat. Die Cyste befand sich in dem Gebiete des Hirnmantels, das vom dritten Aste der Arteria fossae Sylvii mit Blut versorgt wird. Verf. nimmt an, da die Aeste der Arteria fossae Sylvii selbst, soweit sie sich verfolgen liessen, für Blut durchgängig waren, dass mehrere neben einander liegende Zweige jener Arterie — vielleicht durch einen in dieselbe gelangten und in ihr zertrümmerten Embolus — verstopft wurden und dass während in einzelnen der Blutstrom durch collaterale Bahnen wieder hergestellt sein mag, die übrigen, der Erweichung anheimgefallenen, aneinander stossenden Gefässterritorien zu einem Herd zusammengeflossen sind. Als stationäre Herdsymptome zeigten sich: leichte Parese im linken unteren Facialis- und im linken Hypoglossusgebiet, stärkere Parese der linken oberen Extremität und circumscripte leichte Herabsetzung der Sensibilität an der linken oberen Extremität. Dazu nach mehreren Monaten Parese auch im oberen Facialisgebiete und Sensibilitätsverminderung in der linken Stirne und Halshälfte. Wahrscheinlich gehören zu diesen spät aufgetretenen Herdsymptomen auch die vasomotorischen Störungen — kühlere Temperatur des paret. linken Armes, früheres Auftreten von Oedem in demselben. Die Läsion selbst betrifft zum allergrössten Theil die unteren zwei Drittel der hinteren Centralwindung und das entsprechende Markgebiet, zu nur sehr kleinem Theil die vordere Centralwindung und beide Scheitelläppchen in ihrer Rinden — u. bezw. Mark-

substanz. In Betreff der Vergleichung dieses Falles mit anderen, die zahlreich und zum Theil ausführlich angegeben werden, müssen wir auf das Original verweisen. Goldstein (Aachen).

---

466) **Seymour J. Sharkey** (London): A fatal case of concussion of the spinal cord. (Schwere Rückenmarkserschütterung.) (Brain, Juli 1884. S. 99.)

Eine 25 jährige Frau war mit 6 Personen durch einen Hauseinsturz verschüttet werden, so dass sie nur mit dem Kopfe aus einem Trümmerhaufen herausragte. Sie klagte nun über heftige Schmerzen im Kreuzbein und Taubheitsgefühl über dem linken Trochanter. Anästhesieen und Paresen bestanden nicht. Reflexe waren auf dem rechten Beine erhöht, rechter Arm und Bein waren in Folge von spinaler Kinderlähmung verkrüppelt. Anfangs bestand Retention später Incontinenz des Urins und der Faeces. Nach Ablauf einer Woche entwickelte sich aus symmetrischen Blasen auf beiden Trochanteren kreisförmiger Dekubitus, später ausgedehnter Druckbrand auf dem Kreuzbeine. Lähmungen bestanden bis zum Tode nicht. Die Section ergab Cystitis und Pyelitis, aber keine sichtbaren acuten Veränderungen der Wirbelsäule, der Häute und des Rückenmarkes. Das rechte Vorderhorn war auf einigen Schnitten kleiner als das linke, das Gehirn war unsymmetrisch, die linke Hemisphäre kleiner, die linken Sphenoidallappen und der Gyr. angul. deform. Mikroscopisch: Sklerose des rechten Seitenstranges. Alle diese Befunde geben nur eine Erklärung für die seit der Kindheit bestehende rechtsseitige Parese. S. supponirt für den symmetrischen Dekubitus Herde in der Lumbarregion, deren geringe Ausdehnung ihre Auffindung unmöglich mache, die vielleicht zur Heilung gekommen wären, wenn nicht durch die Blasen- und Nierenaffection vorher der Tod herbeigeführt wäre.

Matusch (Sachsenberg).

---

467) **Walter Edmunds:** Case of concussion and inflammation of spinal cord from gunshot wound of back. (Erschütterung und Entzündung des Rückenmarkes nach Schussverletzung.) (Brain, April 1884. S. 103.)

B. erhielt einen Schuss in den Rücken, vom unteren Winkel des Schulterblattes schräg nach der Wirbelsäule eindringend. Unmittelbar nach der Verletzung völlige motorische und sensible Lähmung unterhalb der Wunde, mit Incontinenz. Dies blieb bis zu dem $4^1/_4$ Monate später an Cystitis und Dekubitus erfolgten Tode unverändert. Bei der Autopsie zeigte sich die Wunde geheilt, die Wirbelsäule *unverletzt*, das Rückenmark aber in der Höhe der Verletzung atrophisch und erweicht mit dem microscopischen Bilde allgemeiner Myelitis; unterhalb der Stelle Sklerose der Seitenstränge und der vorderen Pyramidenstränge, oberhalb Sklerose des hinteren mittleren Theils des Seitenstranges. E. nimmt an, dass die heftige Erschütterung des Rückenmarkes ohne directe Verletzung secundär zur Myelitis geführt habe.

Matusch (Sachsenberg).

---

468) **W. M. Kernig** (St. Petersburg): Ueber ein wenig bekanntes Symptom der Entzündung der weichen Hirnhäute.
(Wratsch 1884 Nro. 26 u. 27 russisch.)

Verf. hat beobachtet, dass bei bestehender Entzündung der pia mater das Aufsetzen im Bette, so dass die Füsse herabhängen, stets krampfhafte Contraction der Beuger des Kniegelenks, seltener des Ellenbogengelenks hervorruft. Später machte er die Beobachtung, dass zum Hervorbringen dieser Erscheinungen genügt bei Rücken- oder Seitenlage des Kranken bei gebeugtem Kniegelenk den Oberschenkel etwa bis zum rechten Winkel zum Rumpfe zu beugen. Beim Aufstehen oder Umhergehen der Kranken verschwindet das Symptom wieder.

Verf.'s Material bestand fast ausschliesslich aus Erwachsenen und nur 3 Kindern von 7 bis 14 Jahren. 13 Fälle betrafen Meningitis cerebrospinalis epidemica, einer tuberculöse Meningitis und einer eitrige Meningitis der Schädelhöhle. Diese 15 typischen Fälle wiesen alle das Kernig'sche Symptom auf und ausserdem noch 6 atypische Fälle: Oedem der Pia mater, Hyperämie der Pia und des Gehirns, Bluterguss zwischen beide Häute, acute umschriebene und chronische Meningitis. Eür 8 der typischen und alle atypischen Fälle liegen Sectionsprotocolle vor. Buch (Helsingfors).

---

469) **Béla Angyan:** Zwei Fälle von Vaguslähmung.
(Orvosi Hetilap 3. 4. 1884.)

I. Ein 33 j. Phtysiker erlitt in seinen letzten Tagen Herzklopfen und Dyspnoe-Anfälle Cyanose. Athmungs-Frequenz 58, Herzcontractionen 198. Es trat akute Lungenectasie ein.

II. Bei einer 36 j. Magd mit Vitium cordis dieselben Erscheinungen mit Meteorismus, Hyperästhesie des Magens und Erbrechen.

In beiden Fällen war *der Vagus* einer Seite am Halse *durch verkäste Lymphdrüsen gedrückt und mit denselben verwachsen.*
Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

470) **L. Löwenfeld** (München): Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der chronischen Rückenmarkskrankheiten. (Bayr. ärztl. Intelligenzblatt Nro. 15 f. f. 1884.)

Ein Vortrag, der in der Sitzung des ärztlichen Bezirksvereins München am 26. März gehalten wurde und in knappen, verständlichen Zügen das Wissenswerthe über die Therapie der chron. Rückenmarkskrankheiten, texturellen wie functionellen, unter Berücksichtigung und genauer Angabe der einschlägigen Literatur zusammenstellt.
Goldstein (Aachen).

---

471) **Richard Schulz** (Braunschweig): Mittheilungen aus der medicin. Abtheilung des herzogl. Krankenhauses zu Braunschweig (1883). III. Typhus abdominalis mit symmetrischer Gangrän. (Deutsch. Archiv f. kl. Medicin XXXV. Bd. 1884.)

Eine neuropathisch nicht belastete, kräftige Patientin zeigte am Ende der dritten Woche eines schweren, durch Abortus complicirten

Abdominaltyphus, nachdem schwere Collapserscheinungen vorhergegangen, an genau symmetrischen Stellen der Unterschenkel, der Ober- und Unterarme und der Brust zum Theil oberflächliche, zum Theil tiefere Gangrän circumscripter Hautstellen. Vasomotor. Störungen waren nicht vorhergegangen. Mässige Schmerzen und leichte Parästhesien waren die einzigen nervösen Symptome. Keine Thrombose. Ernährung war durch den Typhus sehr reducirt. Unter den 18 bisher publicirten Fällen von symmetrischer Gangrän nimmt dieser eine exceptionelle Stellung ein und ähnelt dem Neumann'schen am meisten. Nach Zurückweisung sämmtlicher Möglichkeiten, wie sie von Weiss eingehend erörtert sind, bleibt dem Verf. nur übrig, hier an eine rein neurotische Störung zu denken, da in Folge des reducirten Ernährungszustandes das Nervensystem besonders gelitten hat. Die Symmetrie weist auf eine Störung centralen Ursprungs hin, welche in den trophischen Centren des Rückenmarks, in den Ganglienzellen der Vorderhörner liegen kann. Goldstein (Aachen).

---

472) **E. Kurz** (Florenz): Paraldehyd als Schlafmittel. (Centralbl. für klin. Medicin Nro. 18. 1884.)

Verf. wandte es in 24 Fällen an, die kurz wiedergegeben sind. Mangelhaft war die schlafmachende Wirkung des Mittels nur in 4 Fällen. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass Paraldehyd dem natürlichen Schlaf am nächsten komme und nicht von Nebenwirkungen gefolgt sei, wie sie den anderen Narcoticis eigen sind. Wenn es sich darum handle, Schlaflosigkeit zu bekämpfen, die nicht durch Schmerzen oder durch mechanische Störungen, wie heftigen Husten, Athemnoth etc. bedingt sei, so gebühre diesem Mittel der erste Platz. Die Hauptindication sei dieselbe, wie bei Chloral.

Goldstein (Aachen).

---

473) **G. J. Turner:** Ein Fall von Heilung einer schweren Neuralgie des n. ulnaris durch Einspritzung von Osmiumsäure. (Wratsch 1884 Nro. 24.)

Bei einer jungen Dame waren in Folge einer Verletzung am Ellenbogen schwere von demselben bis zu den beiden Finger ausstrahlende Schmerzen aufgetreten. Der Nerv war strangförmig geschwollen der Druck auf denselben sehr empfindlich und rief klonische Krämpfe der beiden letzten Finger hervor; dieselben fühlten sich kühler an, als die anderen; die Muskulatur des Vorderarmes war deutlich geschwunden. Während der $5^1/_2$ jährigen Dauer der Krankheit waren alle Mittel, auch Massage mehrere Monate lang ohne jeden Erfolg angewandt worden. Da entschloss sich Verf. auf Neuber's Empfehlung hin eine 1% stets frisch bereitete Lösung von Osmiumsäure einzuspritzen, etwa 2 bis 3 Tropfen jedes Mal. Es trat sofort Erleichterung ein. Die Einspritzungen wurden anfänglich am Ellenbogengelenk in der Nähe des Nerven über einen Tag, später über zwei Tage und noch seltener gemacht. Nach 12 Einspritzungen waren die Schmerzen nur noch an der Ulnarseite der Finger concentrirt. Darauf wurden 13 Einspritzungen an

der Rückseite der Hand zwischen den beiden letzten (ulnar) Metacarpusknochen applicirt. Schliesslich war nur noch am kleinen Finger ein verdicktes sehr empfindliches Nervenfädchen durchzufühlen und nach einer Einspritzung an diesem Orte schwanden alle Schmerzen für immer und es war bis auf eine geringe Schwäche der Extremität keine Spur der Krankheit (offenbar Neuritis. Ref.) zu erkennen.

Buch (Helsingfors).

---

474) **L. v. Lesser** (Leipzig): Ein Fall von Dehnung der Intercostalnerven. (D. med. Wochenschr. 20, 1884.)

Die Operation wurde Ende October 1883 vom Verf. an einer 61 j. Frau wegen äusserst qualvoller doppelseitiger Intercostalneuralgie vollzogen. Es wurden rechts 7 Intercostalnerven (4—10) gedehnt. (Methode s. Original.) Die Wunde heilte p. pr. Schmerzparoxysmen traten nicht wieder auf. Pat. wurde 11 Tage nach der Operation entlassen und soll am 15. Januar d. J. gestorben sein. Im Anschluss an die Intercostalneuralgie hatte sich eine von den Anfällen deutlich beeinflusste Milchsecretion eingestellt. Kron (Berlin).

---

475) **Matthew Hay** (Aberdeen): Ueber die Wirkung der Nitrite und des Nitroglycerins bei Angina pectoris. (D. med. Wochenschr. 28/84.)

Die günstige Wirkung des Amylnitrits und des Nitroglycerins bei Angina pectoris veraulassten Verf. eine einfache Verbindung, die salpetrige Säure, bei dieser Affection zu versuchen und zwar in Form von salpetrigsaurem Natron. Der Erfolg desselben übertraf den des oben genannten Mittel noch insofern als es nicht nur den Anfall verhinderte, wenn es ein oder zwei Stunden vorher gegeben wurde, sondern auch die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen bedeutend vergrösserte. Die Dosis des reinen Salzes war 0,06—0,12 Gramm. Der betr. Kranke trug stets eine Lösung desselben bei sich und nahm eine kleine Dosis davon, sobald er die Anzeichen des herannahenden Anfalles fühlte. Die salpetrigsauren Aether Aethylnitrit und Methylnitrit wirkten wie Amylnitrit. Nitroglycerin bewährte sich gleichfalls. Obwohl ein Nitrat, kommt es doch im Organismus wie ein Nitrit zur Wirkung, indem es in Berührung mit dem alcalischen Blut in salpetrige Säure zerlegt wird. Die grössere Wirksamkeit des Nitroglycerins (gewöhnliche Dosis 0,0006 Gramm) wird dadurch bedingt, dass es nicht, wie die Alkalinitrite durch die freie Säure des Magens zerlegt wird, ferner dadurch, dass es wahrscheinlich am reichlichsten da zerlegt wird, wo der Gewebszerfall stattfindet. Es wird dem durch den Zerfall frei gewordenen Alcali ausgesetzt, wodurch die bei diesem Processe frei gewordene salpetrige Säure *in statu nascenti* zur Wirkung kommt.

Kron (Berlin).

---

476) **Wildermuth** (Stetten): Notiz über die Anwendung der Osmiumsäure gegen Epilepsie. (Berl. klin. W. 1884 Nro. 23.)

W. versuchte die Anwendung des osmiumsauren Kali's bei meist veralteten Epileptischen. Es gelang ihm in mehreren Fällen die Zahl

der Anfälle eclatant herabzumindern, auch besserte sich der Allgemeinzustand, (Apathie u. dgl.) Allerdings wurde in etwa der Hälfte der Erkrankungen ein Erfolg nicht constatirt. Die Versuche erstrecken sich auf 2 Jahre. Es wurden 2—5 Milligramm des Medicaments pro die in Pillenform oder wässriger Lösung verabreicht. Wenn der betreffende Kranke schon vorher Bromkali gebrauchte, wurde die Dosis des letzteren allmälig reducirt und dafür Osmiumsäure in steigender Gabe eingeschoben. Langreuter (Dalldorf).

477) **Van Bibber** (Baltimore): The rational treatment of chorea. (Die rationelle Behandlung der Chorea.) (The Amer. journ. of Neur. and Psych. 1884. 2.)

Verf. hat in seiner ausgedehnten Praxis so gute Erfolge von seiner Behandlung der Chorea gesehen, dass er hofft durch Veröffentlichen derselben den Collegen einen Dienst erwiesen zu haben. Die meisten seiner Fälle (86 während des letzten Jahres) waren typische. Die Hauptsache bei der Therapie der Chorea ist Ruhe und Massage, wobei jedoch dem Einfluss innerer Mittel nicht jede Wirkung abgesprochen werden soll. — Ein 14 jähr. Mädchen, welches schon anderwärts 9 Wochen lang ohne Erfolg behandelt worden war, wurde durch Bettruhe leichte Massage 3 mal täglich, Abhaltung jeden Besuches und jeder Aufregung in 17 Tagen völlig gesund. Die Diät war eine roborirende. Innerlich wurde Sol. Fowl. 15 Tropfen pro die gegeben. Auch die übrigen von K. angeführten Fälle sprechen für seine Methode. Natürlich stosse eine solche Behandlung auf Schwierigkeiten und sei namentlich in der Armenpraxis oft nicht durchzuführen. Nicht genug kann vor der vielfach beliebten Methode gewarnt werden, die Pat. viel spazierengehen und andere körperliche Uebungen machen zu lassen. Koenig (Dalldorf).

478) **Ziel** (Heidelberg): Zur Casuistik seltener Formen von Syphilis. (D. med. Wochschr. 28/84.)

Gehirnsyphilis im Beginne des secundären Stadiums.

Der Ausbruch derselben war ein ungewöhnlich früher. Kaum ein halbes Jahr nach der Infection; etwa $1^1/_2$ Monate nach dem Auftreten der ersten secundären Erscheinungen (breite Condylome), während einer Schmierkur von 3,0 pro die, unter der die Condylome bereits zur Heilung gelangt waren, stellten sich plötzlich klonische Krämpfe im Biceps brachii und Quadriceps femoris der rechten Seite ein. Einige Tage vorher hatte Pat. vorübergehende Parästhesien an verschiedenen Körpertheilen empfunden. Es wurde zur Zeit der Convulsionen ferner Parese der unteren Aeste des rechten Facialis, des rechten Hypoglossus und der rechten Hälfte des Gaumensegels constatirt. Sensorium frei, Sprache erhalten, keine Sensibilitätsstörung. Am nächsten Morgen Verlust des Sprach- und Schreibvermögens, in der Folge Zunahme der Facialisparese, Parese der rechten oberen Extremität, dann totale Paralyse derselben, leichte rasch wieder verschwindende Trübung des Sensoriums, Zunahme der Parese der rechten Un-

terextremität. Patellarreflex daselbst gesteigert, ausserdem rechts. starker Dorsalklonus. An den oberen Extremitäten Fehlen deutlicher Sehnenreflexe. Schmerzen in der linken Stirnscheitelgegend. Unter einer verstärkten Schmierkur (5,0 pro die) und dem Gebrauche von Jodkalium 3,0 pro die bilden sich alle Symptome zurück bis auf eine geringe Parese der rechten Zungenhälfte und etwas Schwäche der Extremitäten. Kron (Berlin).

479) **C. E. Hoestermann** (Marienberg): Ueber Zwangsvorstellungen.
(Allg. Ztschr f. Psych. B. 41. H. 1. 84.)

Verf. will von den „eigentlichen Zwangsvorstellungen (solchen die ohne jeden Zusammenhang mit dem früheren Gedankenkreise in den Bewusstseinsinhalt plötzlich hereinbrechen) eine andere Art getrennt wissen, bei der sich die Entstehung der Vorstellung auf dem Wege der Ideenassociation nachweisen lässt. So fühlte einer der letzteren Kategorien angehörigen Patienten wenigstens bei oberflächlicher Lectüre beständig den Drang, die einzelnen Wörter rückwärts zu lesen. Er hatte dies einmal bei Lösung eines Räthsels thun müssen und danach gesucht, beim Lesen ähnliche Wörter herauszufinden. Daraus hatte sich dieser Zustand entwickelt. In einem anderen Falle, in dem ein 16 j. junger Mann beim Ordnen seiner Beinkleider stets allerhand langdauernde auffallende Manipulationen vornahm, stellte es sich heraus, dass er dies nur that, um Berührungen seiner Genitalien oder die Erregung von Anstoss oder von sinnlichen Vorstellungen bei anderen Leuten zu vermeiden. Nach der Ansicht des Verf.'s ist diese Form prognostisch günstiger, indem sie für die Anwendung eines psychischen, gleichsam erziehlichen Heilverfahrens einen besseren Boden bietet.

Kron (Berlin).

480) **Leidesdorf** (Wien): Ueber psychische Störungen im Kindesalter.
(Wien. Med. Wochenschr. 1884, Nro. 26 und 27.)

Andauernde Psychosen wie sie bei Erwachsenen vorkommen sind im Kindesalter selten; dagegen kommen einzelne Elemente psychischer Krankheiten mit rudimentärem, transitorischem Character bei Kindern häufig vor. Dahin gehören gewisse kurz dauernde Depressions- und Exaltationszustände, Angstanfälle, Hallucinationen und Zwangsvorstellungen. Die Ursachen sind meist erbliche Veranlagung. Blutverluste (z. B. durch Nasenbluten bei Keuchhusten) und schwere Erkrankung (Typhus, Masern, Scharlach etc.) Ferner werden bei Kindern beobachtet hypochondrische Zustände, namentlich veranlasst durch unmotivirt übertriebene Sorge der Eltern. Maniakalische Erregungen mit Zerstörungstrieb können zur selben Zeit periodisch eintreten. Als das Prototyp transitorischer Psychosen mit schreckhaften Hallucinationen ist der Pavor nocturnus anzusehen. Auch der natürliche Somnambulismus kommt bei Kindern vor und zwar sowohl in der Nacht als auch am Tage. Verf. hat einen solchen Zustand bei einem Mädchen von 10—11 Jahren beobachtet, bei dem der hypnotische Zustand eingeleitet

wurde durch Schielen (bei dem künstlichen durch Fixiren eines Gegenstandes eingeleiteten Hypnotismus tritt wahrscheinlich auch ein Krampf der Augenmuskeln auf) und bei dem Gesichts- und Gehörssinn functionirten, während das Bewusstsein aufgehoben war. Von längerer, oft über das ganze Leben sich erstreckender Dauer sind die Zwangsvorstellungen.

Lang dauernde, regelrecht sich entwicklende Psychosen sind vor dem 14. Jahre selten. Ein Knabe von 8 Jahren, aus der Beobachtung des Verf., wurde in der Reconvalescenz von Meningitis von Manie ergriffen, die schliesslich in Schwachsinn überging.

Psychosen können sich zu Chorea, Epilepsie und infantiler Hysterie gesellen. Bezüglich der Hysterie stellt Verf. auf Grund seiner Erfahrung den Satz auf, dass Kinder meist von schweren Formen dieser Krankheit befallen werden; es giebt aber auch wieder Formen, bei denen ein Theil der Symptome simulirt ist. Grade diese Simulation spricht für Psychose. Auch die sog. moral insanity (sittlicher Blödsinn) kommt bei Kindern vor und zwar zumeist angeboren, selten erworben. (Ref. hat früher schon betont, dass die wirkliche Moral insanity immer nur angeboren ist). Zum Schlusse theilt Verf. einen Fall progressiver Paralyse bei einem 16 jährigen Mädchen mit. Nicht nur das klinische Bild, sondern auch der Befund im Gehirne stützten die Diagnose auf das Bestimmteste. Der Fall ist doppelt interessant, einmal wegen des jugendlichen Alters in dem die Paralyse auftrat, und dann wegen des Vorkommens bei einem weiblichen Individuum. Erlenmeyer.

---

490) **Eickholt** (Grafenberg): Zur Kenntniss der Dementia paralytica. (Allg. Ztschr. f. Psych. B. 41. H. 1 1883.)

Unter 1000 Kranken in Grafenberg befanden sich 17% Paralytiker. Am häufigsten befand sich die Paralyse zwischen 35 und 50 Jahren. Der Procentsatz der Erkrankung war am höchsten zwischen 40 und 45 J. Die Erblichkeit spielt, wie auch die meisten Autoren gefunden haben, bei der Paralyse eine geringere Rolle als bei den anderen geistigen Störungen. Das Verhältniss ist dabei 24 : 30. Gleich Hagen und Jung fand Verf. ferner, dass bei der erblichen Uebertragung der Einfluss des Vaters grösser ist als der der Mutter, nämlich, 6 unbestimmte Fälle abgerechnet, wie 22 : 13. Unter jenen 22 Fällen wurde 11 mal Trunksucht constatirt. Ausser der Heredität spielen aber noch verschiedene andere Factoren mit, wie psychische Eindrücke körperliche Anstrengungen, Kummer und Noth, Trunksucht u. s. w. Die Bedeutung der erblichen Belastung wird also dadurch für die Paralyse noch geringer. In 161 Fällen von klassischer Paralyse, die fast denselben Procentsatz der Erblichkeit lieferten, nämlich 29,8, liessen sich nur 47 mal, d. h. in 29,1% *keine* veranlassenden Ursachen nachweisen. Der Procentsatz der anderweitigen ätiologischen Momente ist ferner bei den Fällen mit hereditärer Prädisposition sogar noch etwas höher als bei den Fällen ohne eine solche (65,8% : 63,3%). Die be-

treffenden Momente können also danach nicht nur eine auxiliäre Rolle spielen. — In 39 Fällen (24,2%) konnte Trunksucht als veranlassende Ursache nachgewiesen werden, in 19 Fällen mit anderen Ursachen combinirt, von diesen 12 mal mit Erblichkeit. — Syphilis war unter 161 Fällen 19 mal (12%) voraufgegangen. Der Ausbruch der Paralyse erfolgte in 4 Fällen 5 Jahre, in 6 10—15, in 3 16—20 J. in 6 unbekannte Zeit nach der Infection. 11 Fälle wurden gleich im Beginne der Paralyse energisch mit Quecksilber und Jod behandelt, aber ohne Erfolg. Der Sectionsbefund war der der Paralyse. Auch in Bezug auf den klinischen Verlauf boten diese Fälle nichts Abnormes. 15 mal liessen sich unter den Fällen mit voraufgegangener Syphilis noch andere Ursachen nachweisen: Heredität, Trunksucht, geschlechtliche Excesse, Ueberanstrengung. — In Rücksicht auf das seltene Voraufgehen von primären Geistesstörungen ist ein Fall von Interesse, indem ein Pat. zuerst an mehrmonatlicher Tobsucht erkrankte, darauf 13 Jahre gesund blieb und sodann an einer akut verlaufenden Paralyse starb. — Paralyse der Frauen wurden unter den 1000 Fällen 30 mal (3%) beobachtet. Das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Paralytikern betrug 6 : 1. 11 mal wurde Erblichkeit constatirt, 10 mal dabei aber auch andere ursächlichen Momente. In 7 Fällen war Trunksucht die Veranlassung. — Was den Einfluss des Klimacteriums betrifft, so konnte der Eintritt desselben nur einmal als directe Ursache der Paralyse bezeichnet werden, in zwei weiteren Fällen war eine solche Beziehung möglich, bei 4 waren die menstruellen Verhältnisse unbekannt, bei 5 trat die Krankheit erst mehrere Jahre nach Abschluss der klimacterischen Zeit auf. — An 3 Beispielen zeigt Verf. sodann, dass auch die Gravidität bei der Entstehung der Paralyse eine gewisse Rolle spielt. Die Krankheit begann in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Die veranlassende Ursache war in einem Falle körperliche Misshandlungen. — Der zweite Theil des Aufsatzes beschäftigt sich mit den paralytischen Anfällen ohne wesentlich Neues zu bringen.

Kron (Berlin).

---

491) **Bannister** (Kaukakee Ill.): On Monomania. (Americ. Journ. of Neur. and Psych. 2. 1884 p. 5.)

Verf. giebt zu, dass der Ausdruck Monomania vielfach gemissbraucht resp. zu oft angewandt worden ist, andererseits aber möchte er ihn für einzelne Fälle beibehalten. Durch Herbeiziehen einiger Fälle aus der Praxis sucht B. seine Forderung zu begründen.

Koenig (Dalldorf).

---

492) **Montgomery** (Charleston Ill.): Communicated insanity. (Am. Journ. of Neur. and Psych. 2. 1884. p. 17.)

Unter dem Sammelnamen „Mitgetheilter Irrsinn“ kann man, wie Verf. meint alle Formen der Seelenstörung zusammenfassen, welche der als *Folie à deux* bekannten ähnlich sind. Entweder ist von zwei

denselben Wahnideen unterworfenen Personen die eine als activ, die andere als passiv, gleichsam als angesteckt zu betrachten, oder beide sind demselben Einflusse, welcher die Entstehung der Wahnideen begünstigte, unterworfen gewesen, und haben längere Zeit zusammen gelebt. Unter den angeführten Beispielen ist eins bemerkenswerth, wo eine Geistesstörung epidemisch auftretend eine ganze Familie, aus Vater, Mutter und 8 Kinder bestehend, befiel. Die Mutter erkrankte zuerst mit religiösen Ideen; sie fing an zu predigen, zu singen, taufte ihre ganze Familie mit Salzwasser, da Christus sich ihr offenbaret und die Absicht ausgesprochen habe, ihre Tochter zu heirathen. Die übrigen Mitglieder der Familie wurden allmälich zu den krankhaften Ideen der Mutter bekehrt. Genesung trat erst ein, als die sämmtlichen Glieder der Familie von einander getrennt wurden.

Der „mitgetheilte Irrsin" entsteht zum Theil aus einem krankhaften Nachahmungstrieb; der passive Theil ist auch gewöhnlich der geistig unbedeutendere. Koenig (Dalldorf).

---

493) **Kiernan** (Chicago): Insanity & cardiac disease. (Geisteskrankheiten und Herzfehler.) (Amer. Journal of Neur. and Psychiatry. 1884. 2.)

Die Beziehungen zwischen Geisteskrankheiten und Herzfehlern sind 3facher Natur. Einmal kann ein Herzfehler eine Psychose erzeugen; zweitens kann die Psychose den Herzfehler beeinflussen; und drittens wird eine schon bestehende Psychose durch einen hinzutretenden Herzfehler modificirt.

Verf. verkennt nicht die Thatsache, dass öfters Geisteskrankheiten durch Herzfehler hervorgebracht werden, doch meint er, dass man in der Beziehung entschieden zu weit gegangen sei. Man habe behauptet, dass Mitralfehler melancholische, Aortenfehler hingegen maniakalische Zustände hervorbrächten. Verf. hält an der Ansicht fest, dass durch Herzfehler nur Depressionszustände bewirkt werden; als Beleg führt er einige Beispiele an. Im Allgemeinen sei diese Frage eine äusserst schwierige, und auch die bei der Autopsie constatirte Herzaffection berechtige nicht ohne weiteres zu dem Schlusse, dass sie die Ursache der Gehirnkrankheit gewesen sei. Koenig (Dalldorf).

III. Miscellen.

494) *Zum Morphiumabusus.*

Dr. Hinkley veröffentlicht im New-Yorker Medical Journal Beobachtungen über ein emorphiumsüchtige Dame, welche täglich 85 Gran = 5,1 Gramm Morph. sulphur. sich injicirte. Als Folgen werden angegeben: Appetitlosigkeit, unregelmässiger Schlaf, Umwandlung des Characters, Verlust der Haare und erhebliche Temperaturerniedrigung.

495) Kürzlich wurde ich von einer 27 jährigen Dame consultirt, die eine kurze Zeit lang in dem Morphiumverbrauch bis auf 10 Gramm täglich gestiegen war. Der mitanwesende Mann bestätigt, dass von einer Lösung 1 : 20 täglich bis 200 Injectionen gemacht worden sind. Die Kranke hat in elf Monaten für 620 M. Morphium verbraucht. Als sie bei mir war spritzte sie täglich 0,5 ein. Besonders auffallende Symptome lagen nicht vor. Trotz der ausdrücklichen Bestätigung dieser Angaben durch den Ehemann der Pat. habe ich doch der Sache keinen Glauben schenken können. Die Durchschnittsberechnung der Kosten betrug für den Tag ungefähr 2 M. wofür höchstens 3,5 bis 4,0 Morphium aus der Apotheke zu beschaffen sind; und in diesem Falle geschah ausnahmsweise der fortgesetzte Bezug des Morphium aus einer Apotheke. Aber auch die Tagesdosis von 4,0 würde die höchste sein, die mir bis jetzt vorgekommen ist.

Erlenmeyer.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bunzlau, II. Arzt, M. 2400, freie Wohnung etc. 2) Leipzig, Irrenklinik, Assistenzarzt, 1. Oct. 1500 M., fr. Stat. 3) Allenberg Volontairarzt. 4) Dalldorf, Volontairarzt, 600 M. 5) Illenau, Hilfsarzt, 1200 M., freie Station. 6) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt sofort, erstes Jahr M. 1440, zweites Jahr M. 1620. Verpflichtung auf 2 Jahre. 7) Kaiserswerth, 3000 M. freie Wohnung. 8) Eichberg im Rheingau, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 9) Eberswalde, Provinzialirrenanstalt, 2. Hilfsarzt, 1200 M., freie Station. Meldung sofort zu richten an Geh. Sanitätsrath Dr. Zinn, Eberswalde.

Ehrenbezeugung. Dr. Waldorf, Reg.- und Medicinalrath in Coblenz: rothen Adlerorden III.

Berichtigung.

1) In Nro. 16 d. Bl., S. 369 Z. 13 v. oben statt „Anfälle“ lies **„Gefässe“.**

2) In Nro. 17 d. Bl., S. 394 lies statt: „Ohne acutere Symptome ist die Tabes nicht sicher zu diagnosticiren“ — „ohne **oculare** Symptome“.

Ferner ist zu lesen auf S. 393 Z. 22 von oben **„Ataxien“** statt „Ataquen“.

Notiz.

Die uns noch von zwei Seiten versprochenen Berichte über den internat. Congress in Copenhagen sind uns bis jetzt nicht zugegangen.

Redaction.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12)

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 1. Oktober 1884. Nro. 19.

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. I. Die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 16. und 17. September zu Leipzig. II. 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg vom 18.—23. September 1884.

II. Referate und Kritiken. Goltz: Ueber Lokalisationen der Functionen des Grosshirns. Fritsch: Herrn Prof. Goltz's Feldzug gegen die Grosshirnlokalisation nach Berlin. Goltz: Erwiederung auf vorstehenden Artikel. Ewalt: Bemerkungen über die vorstehenden Controverse. Hitzig: Einige Bemerkungen zur Frage der Lokalisation im Grosshirn. Klein, Langley und Schäfer: Zur Hirnlocalisation. McGuire: Ein Fall von Geschwulst des Balkens. McBride: Ein Fall von Tumor des Sehhügels. Kasansky: Ein Fall von Hysterie mit hystero-epileptischen Anfällen, Paraplegie und hysterischem Fieber. Pilgrim: Fall von epileptischem Irresein mit ausgeprägtem „Echozeichen". Danillo: Ueber Epilepsie. Lebrecht: Ein Beitrag zur Encephalopathia saturnina cum amaurosi.

III. Personalien. Notiz.

I. Original-Vereinsberichte.

I.

Die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 16. und 17. September zu Leipzig.

Originalbericht von Dr. LANGREUTER, Dalldorf.

I. *Sitzung.* Anwesend 58.

Der Vorsitzende Nasse (Bonn) eröffnet um $3^3/_4$ Uhr Nachmittags die Sitzung im klinischen Hörsaal der Irrenanstalt. Es werden zuerst die durch Tod aus dem Verein geschiedenen Mitglieder namhaft gemacht: Frese, Meyer (Brake), Lechner, Brutz, Ewert, Ehrt, Schmoerig.

Tagesordnung:

1) *Bericht des Vorstandes über frühere Vereinsbeschlüsse:*

a Das Ministerium für Inneres und Cultus, sowie das Reichskanzleramt sind „im Wesentlichen den Beschlüssen des Vereins betr. *Neueinrichtung der Zählkarten* (Antrag vom 15. 2. 1882) beigetreten."

b) Auf die Petition vom 20. 11. 1882 betr. *Aufnahme der Psychiatrie unter die Prüfungsgegenstände* hat der Reichskanzler vom

26. 6. 1883 geantwortet, dass er auf die inzwischen publicirte Prüfungsordnung für die Aerzte verweisen müssen.

c) Der Vorsitzende berichtet in ausführlicherer Weise über den Eisenacher Vereinsbeschluss, gemäss dem an die Regierung das Ansuchen gestellt wurde, für *angemessene psychiatrische Behandlung der geisteskranken Strafgefangene Sorge tragen zu wollen, sowie die Gemeingefährlichen dieser Art von den Provinzial-Irrenanstalten fern zu halten.* — Westphal und Gudden sind inzwischen von der preussischen resp. bayrischen Regierung in dieser Sache zu einem Gutachten aufgefordert worden. Die Entschliessungen der verschiedenen Regierungen sind nicht ganz gleichartig ausgefallen, laufen aber im Wesentlichen darauf hinaus, *dass auf die Gemeinden und Provinzialbehörden bezüglich der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher zurückverwiesen wird.*

Die Versammlung beschliesst auf Antrag des Vorstandes die Sache einstweilen ruhen zu lassen.

2) *Bericht des Vorstandes über die Frage, ob und unter welchen Umständen Geistesstörung als Ehescheidungsgrund betrachtet werden soll.* Refr. Sander (Dalldorf).

Ref. führt die zahlreichen und abweichenden Gesetze innerhalb des deutschen Reiches an. Eine einheitliche Gesetzgebung sei auch nach dieser Richtung wünschenswerth und bei dem in Aussicht genommenen Civilgesetzbuch zu erstreben. Ueber die Zulässigkeit der *Ehescheidung überhaupt* sich auszusprechen, dazu seien die Irrenärzte nicht berufen. Diese Frage entscheide sich nach den religiösen und sittlichen Anschauungen des Volkes und auf diese könne die Psychiatrie kaum einen Einfluss ausüben. Erst nach bejahender Beantwortung dieser generellen Frage, sei die spezielle Frage aufzuwerfen, ob *auch Geistesstörung* ein Grund für Ehescheidung sein solle, und dabei dürfte allerdings auf das ärztliche Urtheil zu recurriren sein. In dieser Beziehung sei eine Abänderung der bestehenden Gesetze, namentlich der veralteten und unzweckmässigen Bestimmungen des allg. Landrechts nothwendig. — Eine principielle Unterscheidung der Geisteskrankheiten von den körperlichen in Beziehung auf die Trennbarkeit der Ehe sei nicht vorhanden. Bei den ersteren werde die Frage nur häufiger aufgeworfen, und in der That übe sie einen weit mehr zerstörenden Einfluss auf die Ehe und das Familienleben aus. Ubrigens tritt die Nothwendigkeit der Trennung nur selten, und bei armen Leuten häufiger ein als bei günstig situirten, bei denen die materiellen Folgen der Geistesstörung des einen Gatten sich leichter ausgleichen lassen. Die entstehenden materiellen und sittlichen Schäden machten aber in den speziellen Fällen die Trennung der Ehe nothwendig. Die Gründe welche gegen die Ehescheidung bei Geisteskrankheit erhoben werden, seien theils sentimentaler Natur und dann wenig stichhaltig, theils auf medicinische Bedenken gestützt. In letzterer Beziehung ist es die Schwierigkeit die Unheilbarkeit sicher zu prognosticiren, die geltend gemacht wird, und besonders wird dabei auf einzelne Fälle von geheilter paralytischer Geistesstörung und von

Spätheilungen chronischer Geisteskrankheit hingewiessn. Doch selbst wenn diese wenig zahlreichen und nicht ganz sicher constatirten Fälle berücksichtigt werden sollen, so kann dies nicht bei Entscheidung der allgemeinen und prinzipiellen Frage geschehen, sondern nur bei der Entscheidung des einzelnen Falles. Sie werden den Sachverständigen zur Vorsicht mahnen müssen und bei der Feststellung des Verfahrens bei der Untersuchung massgebend sein. Was dieses Verfahren nun anbelangt, so erscheint die gesetzliche Feststellung einer bestimmten Dauer der Krankheit nicht gerade nothwendig, da diese ein massgebender Factor für die Prognose an sich schon sein soll. Auch die Zahl der Sachverständigen sei nicht durch das Gesetz zu bestimmen, sondern im einzelnen Falle dem Richter zu überlassen, ähnlich wie dies im Entmündigungverfahren geschieht, an das sich das Prozessverfahren der Ehescheidung überhaupt anlehnen kann. Im Urtheil sei auch die materielle Lage des geisteskranken Gatten zu regeln. — Ref. fasst schliesslich seine Ansichten in folgenden Thesen zusammen:

1) Ob prinzipiell Ehescheidung zulässig ist, ist nicht Sache des Vereins.

2) Es ist wünschenswerth die Verschiedenheit der Gesetzesbestimmungen in dieser Beziehung zu beseitigen.

3) Prinzipielle Zulässigkeit der Ehescheidung vorausgesetzt, ist Unheilbarkeit einer Geistesstörung das Entscheidende.

Nicht ganz übereinstimmend mit dem Referenten unterbreitete der *Vorstand* der Versammlung eine *Resolution* ungefähr folgenden Inhalts: Zu discutiren über die Frage der *Ehescheidung auf Grund von Geistesstörung* ist nicht Sache des Vereins. Dieser soll nur das technisch-ärztliche Verfahren festsetzen, und wird in dieser Beziehung die Zahl von 3 Sachverständigen vorgeschlagen. Ferner ist es nicht Sache des Vereins die Krankheitsdauer als Grund für Unheilbarkeit geltend zu machen und eine Zeit festzusetzen.

In der nun folgenden *Discussion* vertritt besonders Gudden die Ansicht des Vorstandes. Ihm schliessen sich Schüle und Nasse an. Letzerer macht besonders geltend, dass das ärztliche Wirken mehr auf dem Gebiete der *Ausführung* von Gesetzesbestimmungen läge. Zuerst müssten die letzteren von den Juristen festgesetzt werden, und dann erst sei es Sache der Aerzte — soweit es ihr Gebiet beträfe, für die technisch richtige Ausführung im Speziellen zu sorgen. Er warne deshalb vor allgemeinen Thesen. Dagegen wendet Sander ein: es sei wohl Sache der Irrenärzte über die Ehescheidung *bei Geisteskranken* zu reden, wer solle denn sonst darüber urtheilen? Ausserdem sei der ganzen Discussion der Boden entzogen betr. technische Ausführung etc.. wenn man sich nicht vorher einige ob Geisteskrankheit überhaupt einen Ehescheidungsgrund abgeben könne. In demselben Sinne äussern sich Schroeter und Hitzig, ferner Mendel, welch' letzterer erklärt, dass ihm eine solche Zurückhaltung der Irrenärzte nicht recht verständlich erscheine. Gerade jetzt vor der Edition des neuen Civilgesetzes müsse man Alles aufbieten, damit die heutzutage sinnlosen Bestimmungen des Allg. Landrechts künftig vermieden würden. —

Die Schlussresolution der Versammlung lautete: „*Der Verein beschliesst nicht weiter abzustimmen und den Gegenstand fallen zu lassen.*“

5. *Gegenstand der Tagesordnung* (eingeschoben).

Im Verlaufe der Sitzung wurde der Vorstand ermächtigt die Rechnungsablage entgegenzunehmen.

Für die ausscheidenden Vorstandsmitglieder v. Gudden und Zinn wurde der erstere wiedergewählt, während Zinn eine eventuelle Neuwahl abgelehnt hatte.

An seine Stelle trat Schüle (Illenau).

3. *Bericht des Vorstandes über die Frage, in wie weit Mitglieder von Kranken-, Invaliden- und anderen Cassen beim Eintritt von Geistesstörung Nachtheile in der Geltendmachung ihrer Rechte erleiden.* Ref.: Sander (Dalldorf).

In der vorigjährigen Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte hatte der Vortr. die Mitglieder auf die Missstände in den statutarischen Bestimmungen vieler Krankenkassen aufmerksam gemacht und wollte ein Votum des Vereins erzielen, welches die Statuten der Krankenkassen als mit den jetzigen irrenärztlichen Anschauungen nicht übereinstimmend bezeichnete. So kam z. B. in den Statuten einiger Berliner Cassen eine Bestimmung vor, wonach „das Kranken- resp. Unterstützungsgeld nicht zu zahlen ist, wenn ein Mitglied der Casse an Geistesstörung erkrankt“. Oder gar: das Geld etc. ist zu zahlen NB. „*wenn die Krankheit nicht syphititisch, Gemüthskrankheit, oder in Schlägerei zugezogen ist*“. — (Allerdings hat diese Sonderstellung der Geisteskrankheiten nicht überall in Deutschland bestanden.) Nachdem Vortr. das Sinnlose dieser Bestimmungen dargelegt hat auch mit Rücksicht auf die finanzielle Seite: weil dadurch die Cassen zu Ungunsten der Provinzen und Gemeinden entlastet werden — constatirt er, dass im Laufe des letzten Jahres durch Edition des *Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883* sich die Sachlage wesentlich geändert hat. Der § 6 des Gesetzes ermächtigt nämlich die Gemeinden nur zu beschliessen: „dass bei Krankheiten, welche die Betheiligten sich durch schuldhafte Betheiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, das Krankengeld gar nicht oder nur theilweise gewährt wird“. — Es ist also künftig eine *Ausnahmestellung der Geisteskrankheiten nicht mehr möglich*, da die Statuten sämmtlicher zu gründender Kassen sich nach dieser Gesetzbestimmung richten müssen. Die trotzdem noch bestehenden mangelhaften Seiten des Gesetzes findet der Vortr. in zwei Umständen, welche beide in der Gefahr wurzeln, dass nur zu leicht die Anfänge einer bestehenden Geistesstörung verkannt werden. *Einmal* kann nämlich ein Arbeiter *in Folge* beginnender Psychose (vor Allem Paralyse) aus seinem Arbeitsverhältniss und damit *aus der Krankenkasse austreten*, ohne dass seine Geistesstörung manifest war. Er würde also trotz Jahre langem fleissigen Arbeitens und regelmässigen Einzahlens der Vortheile der Kasse verlustig gehen. — *Ferner* kann ein Mitglied der Krankenkasse *in Folge*

beginnender Störungen sich zu *Excessen* hinreissen lassen (Raufhändel, Ausschweifungen), welche eine körperl. Krankheit hervorrufen, zugleich aber gemäss des oben erwähnten § 6 dem Betreffenden das Krankengeld unerreichbar machen.

Redner giebt anheim, bei künftig zu gründenden Krankenkassen an diese Mängel zu denken und ihnen womöglich statutarisch abzuhelfen z. B. in dem Sinne, dass ein Mitglied einer Kasse wieder in seine Rechte eintreten kann, wenn es unter dem Einfluss von Geistesstörung ausgetreten ist, und dass bei Fällen von Entziehung des Krankengeldes die präsumirte Schuld mit Rücksicht auf etwa vorhandene Geisteskrankheit untersucht wird. Jedoch sieht Vortr. davon ab, in dieser Beziehung schon bestimmte Anträge vorzuschlagen, er will nur die Aufmerksamkeit der Mitglieder des Vereins anregen.

Die von dem Referenten in Uebereinstimmung mit dem Vorstande vorgeschlagene *Resolution* wird von der Versammlung *einstimmig angenommen.* Ihr Wortlaut ist folgender: „Der Verein deutscher Irrenärzte erklärt in Berücksichtigung des Umstandes, dass nach dem Gesetze betr. die Krankenversicherung eine prinzipielle Ausnahme zu Ungunsten der Geisteskrankheit nicht mehr statthaft ist, seinen vorigjährigen Beschluss in dieser Beziehung für erledigt, ersucht aber seine Mitglieder, die Fälle in denen Geisteskranke der ihnen zustehenden Rechte verlustig gingen durch Verkennen der krankhaften Erscheinungen, besonders in's Auge zu fassen und sie möglichst zu verhindern."

II. Sitzung

am 17. September, Vormittags $8^1/_2$ Uhr.

4. *Bericht über die Fortschritte des deutschen Irrenanstaltswesens in den letzten Jahren.* Laehr (Schweizerhof).

Vortr. erläutert in einem sehr sorgfältigen und genauen Bericht die jetzigen Verhältnisse des Irrenwesens in allen Theilen des deutschen Reiches und berücksichtigt besonders die überall nothwendig werdende Vermehrung und Vergrösserung der Anstalten. Aus dem sehr umfangreichen Material sei folgendes hervorgehoben: Beschlossener Neubau in der Prov. Brandenburg, bedeutende Vergrösserung und Verbesserung der hygien. Einrichtungen in Nietleben, Neubau eines Siechenhauses in Altscherbitz, beschlossene Neubauten in Breslau und Rybeck (Schlesien), ferner in Eichelborn (Westphalen) und Allenstein (Ostpreussen), Eröffnung der Anstalten in Neustadt (Westpreussen), Neubauten in Eichberg, Neubau in Frankfurt wahrscheinlich, Eröffnung der Anstalt Gabersee bei Wasserberg (Bayern), Umbau von Winnenthal, Illenau vergrössert, Neubau bei Freiburg (Baden), psych. Klinik ebenda, Colonie in Sachsenberg, Vergrösserung von Königslutter und Roda, beabsichtigte Vergrösserung in Hamburg, Neubau in Lübek etc.

In der Irrenanstalt Bremen sind seit einigen Jahren Diakonen als Wärter und Wärterinnen thätig.

6. Gegenstand der Tagesordnung: *Vorträge und Demonstrationen.*

a) *Zur gynäkologischen Behandlung hysterischer Personen.* Ref. Flechsig (Leipzig).

Vortragender berichtet über 2 in seiner Klinik mit Castration behandelte Fälle von Hysteria gravis. Jüngst habe noch Hegar auf dem Congress in Kopenhagen die Operation empfohlen. Es seien bisher 10 Fälle bekannt, wo bei Psychosen die Ovariotomie gemacht wurde, und zwar 4 mit günstigem Ausgang, 3 ohne besonderes Resultat und 3 mit Verschlimmerung. — Die von Flechsig vorgetragenen Beobachtungen sind folgende:

Im ersten Fall handelte es sich um eine typische Hysterische, 32 J. alt. Im Alter von 19 Jahren vorübergehender Erregungszustand, mit 24 Jahren „Krämpfe", mit 28 J. eine Cyclus von hysterischen Beschwerden: motorische, sensorische und psychische, bestehend in Depression, Selbstmordideen, Verfolgungswahn, hyster. Delirien mit Hallucinationen, Krampfanfällen, und ferner lokalisirten Krampferscheinungen. Die psychische Störung steigerte sich und war wechselnd in ihrem Verlauf, doch nahmen Gedächtniss und Urtheil allmälig ab. Nachdem dieser Zustand ca. $2^1/_2$ Jahre gedauert, wurde Pat. in die Klinik aufgenommen. — Die gynäkologische Untersuchung ergab eine alte *Parametritis:* im l. Parametrium *narbige Stränge, Uterus* dislocirt. Im übrigen bot die Kranke somatisch totale Hemiparese, die Sehnenreflexe waren hochgradig gesteigert. Am 3. Tage hatte Pat. einen Krampfanfall bestehend in Gliederverrenkungen, trismischen und tetanischen Erscheinungen, hysterischem Delir etc. Derartige Anfälle traten meistens *im Gefolge der Menstruation* auf und waren von heftiger linksseitiger *Ovarie* begleitet. Pat. wurde systematisch behandelt mit den verschiedensten Medicationen, doch immer nur vorübergehendem Erfolge. Endlich wurde am 10. Juli 1883 *beiderseitige Castration* vorgenommen und zugleich das linke lig. latum excidirt. Das linke Ovarium zeigte sich von zahlreichen kleinen Cysten durchsetzt. Die Operation verlief normal. Vortr. macht besonders darauf aufmerksam, dass in dem Augenblick, als das Ovarium herausgezogen wurde, die tief chloroformirte Kranke eigenthümliche Anfälle bestehend in Unruhe, tiefen, seufzenden Inspirationen und Herzschwäche bekam — ein Wahrscheinlichkeitsbeweis für den Zusammenhang zwischen Sexualerkrankung und nervösen Erscheinungen. — Nachdem der Zustand der Operirten anfänglich sowohl somatisch als psychisch ein sehr günstiger gewesen war, bekam sie Ende der 2. Woche eine Cystitis und damit auch wieder Zunahme aller Krankheitserscheinungen. Es stellten sich eigenartige Collapsanfälle ein, an die sich Delirien schlossen. Bis zum 6. Decbr. 1883 (21 Wochen nach der Operation) steigerten sich die psychischen Erscheinungen, dann trat *mit einem Schlage* Besserung ein und fühlt sich die Kranke seitdem wie neugeboren. Es sind bis jetzt nie wieder hysterische Erscheinungen irgend welcher Art an ihr beobachtet. Vortr. glaubt diesen Effect auf die Operation zurückführen zu müssen, zumal alle früher beobachteten Erscheinungen *deutlich reflectorischer Natur* waren. Das eingetretene Recidiv sei kein Gegenbeweis und wohl durch die intercurrente Cystitis zu erklären.

Der *zweite Fall* betrifft eine 43 jähr. Frau, die früher im 17. und im 31. J. bereits gestört war, sie kam mit heftiger Präcordialangst,

Selbstmordideen etc. auf die Klinik. Nach 6 Wochen stellten sich hysterische Krampfanfälle ein, die besonders die Kau- und mimischen Muskeln betrafen (Kussbewegungen).

Es wurde ein *Uterusfibrom* diagnosticirt, das der vorderen Wand aufsass, und das ganze kl. Becken ausfüllte. — In der Folge entwickelte sich bei der Kranken ein maniakalischer Zustand; sie wurde unreinlich und kam körperlich sehr herunter. — Um Mitte Sept. 1883 wurde der *Uterus mit sämmtlichen Adnexen exstirpirt.* — (Unmittelbar nach der Operation war der psychische Zustand sehr gut. Weil etwas ähnliches in dem ersten Falle eintrat, glaubt Vortr., dass dies dem Einfluss der Chloroformnarkose zuzuschreiben sei.) Der maniakalische Zustand steigerte sich bald wieder (trotz günstigen Verlaufs der Wundheilung) bis zur 7. oder 8. Woche. Dann trat sehr rasche Besserung ein und konnte die Kranke geheilt entlassen werden. Sie ist bisher nicht wieder rückfällig geworden.

Der Vortr. glaubt, dass in diesem Falle die Operation wohl nur die hysterischen Symptome, nicht die Psychose als solche beeinflusst habe. — Er fasst seine Ansichten über den Werth der Castration schliesslich in folgenden Sätzen zusammen:

1. Es ist falsch, dass die Castration bei hysterischen Neurosen nutzlos sei.
2. Es treten nicht etwa immer üble Folgen ein.
3. Bei Fällen wo der Nachweis des reflectorischen Characters der Neurose gelingt, ist die Castration angezeigt.

Discussion:

M e n d e l: Es ist ein Fall von hysterischer Psychose bekannt mit Tumor des Ovarium, wo nach der Ovariotomie dauernde Paranoia eintrat. — Ich kann mich den Schlussfolgerungen des Vortr. nicht ganz anschliessen, weil die Frage der Nützlichkeit einer Therapie bei Hysterischen sehr schwer nachweissbar ist. Man denke an die Scheincastrationen, an die Pillen aus Mica panis etc. Es muss daher in Beurtheilung des Effects die grösste Vorsicht walten. — Im Grossen und Ganzen fürchte ich die Gynäkologen, besonders bei *beginnenden* Psychosen. — Es haben sich übrigens gynäkologische Autoritäten ganz ähnlich ausgesprochen.

F l e c h s i g: Mir sind die von M. angezogenen Fälle bekannt, und in meiner vorher erwähnten Statistik enthalten. — Die Manipulationen an den Genitalien der Kranken verlieren ihre Gefahr, wenn die Patientinen chloroformirt werden. —

H i t z i g erwähnt ebenfalls eine Beobachtung wo bei einer Frau hysterische Anfälle bestanden, und Adhäsionen und Verwachsungen der Ovarien vorhanden waren. Die Castration brachte keinen Nutzen. Eigenthümlicher Weise fielen auch nach derselben die Anfälle mit den menstrualen Zeiten zusammen.

M e s c h e d e macht darauf aufmerksam, dass bei Hysterischen zur Constatirung einer Heilung längere Beobachtung erforderlich sei, oft kehrten nach einem oder mehreren Jahren die Anfälle noch wieder.

F l e c h s i g hebt noch einmal hervor, dass nicht etwa bei je-

der beliebigen Hysterischen die Castration zu machen sei, natürlich müsse zuerst der *unzweifelhafte Nachweis einer Genitalerkrankung* vorliegen.

Gudden: Es sei doch zu bedenken, dass die Castration einen sehr erheblichen Eingriff darstelle, in dem sie ein physiologisch hochwichtiges Organ zerstöre. Uebrigens könne er die Autorität Winkels in München anführen, der der Operation bei Hysterischen abgeneigt sei.

b) *Ueber die optischen Leitungsbahnen des menschlichen Gehirns.* Ref.: Richter (Dalldorf).

Der Vortr. liefert Beiträge zu der complicirten Frage des Verlaufs der Opticus-Bahnen, indem er an einer Reihe von Gehirnen auf- und absteigende Degenerationen in der weissen Substanz zu verfolgen suchte. Zumal ein Theil der Schlüsse negativ sein musste, war es nothwendig eine *sehr grosse Anzahl von Schnittserien* anzufertigen, und die verschiedensten Färbemethoden zu verwenden. — Die 3 wichtigsten Fälle des Vortr. sind: ein Paralytiker mit beiderseitiger Opticusatrophie; ein Altersblödsinniger (Hemianopsie) mit Erweichungsherd im rechten Occipitallappen; eine Kranke mit einseitger Opticus-atrophie. — Zur Demonstrirung war eine Reihe von Schnitten aufgestellt.

Vort. fasst das Resultat seiner Untersuchungen in 4 Sätzen zusammen.

1) Eine einfache oder doppelseitige Sehnervenatrophie, welche das Gehirn eines Erwachsenen betraf, braucht sich in für das blosse Auge sichtbarer Weise über den gekreuzten Sehstreifen hinaus selbst nach 10 Jahren noch nicht zur Geltung zu bringen.

2) Innerhalb dieser Zeit wirkt die Sehnervenatrophie auf die gangliösen Gebilde des Kniehöckers, der oberen und unteren Vierhügel und der Sehhügel in gleicher Weise, und zwar wirkt einseitige Sehnervenatrophie auf die genannten Gebilde beider Seiten. Eine doppelseitige Sehnervenatrophie cumulirt sich in der Wirkung.

3) Zerfall eines Occipitallappens bringt sich bezüglich der genannten vor ihm gelegenen Gebilde selbst nach Jahren noch nicht in für das blosse Auge sichtbarer Weise zur Geltung.

4) Ob Zerfall eines Occipitallappens auf die Ganglienzellen der genannten vor ihm gelegenen Gebilde in gleicher Weise wirkt wie Sehnervenatrophie, ist nicht erwiesen.

Eine Discussion über den Vortrag fand nicht statt.

c) *Ueber die Ganglienzellen bei der progressiven Paralyse der Irren.* Mendel (Berlin).

Vortr. bespricht zunächst die *„normale Beschaffenheit“* der Ganglienzellen, deren Einzelheiten noch in vieler Beziehung der Controverse unterlägen. — Bezüglich des viel discutirten pericellulären Raumes sei er der Ansicht, dass ein solcher im Leben wirklich existire, dass er nur durch Kunstproducte leicht erweitert werde. Die Grösse der Zelle sei sehr wechselnd, je nach der Oertlichkeit der grauen Substanz wo sie entnommen. (Es werden entsprechende Abbildungen herumgereicht.) Ebenso sei die Lage des Kernes in der Zelle sehr verschieden,

ferner seine Gestalt fraglich, ob pyramidal oder ellipsoid. Das letztere sei wahrscheinlicher. — Seine Ansichten nun über die Veränderung der Ganglienzelle bei der Paralyse fasst Vortr. ungefähr folgendermaassen zusammen: Man kann die Gehirne sehr vieler Paralytiker mikroscopisch untersuchen ohne im Stande zu sein, bestimmte Veränderungen nachzuweisen. Am wahrscheinlichsten ist ein Befund bei solchen Fällen, die in spätem Stadium zu Grunde gingen. Die *pericellulären Räume* sind häufig mit einer *gelblichen amorphen Masse* angefüllt; dieselbe Masse findet sich in den adventitiellen Räumen. Das Stirnhirn zeigt in dieser Beziehung die Hauptveränderungen. Ein solcher Befund kommt beim Normalhirn nicht vor. Eine weitere zu beobachtende Erscheinung ist die *Sclerose und Atrophie* der Zelle. Der körnige Inhalt wird streifig, die Zelle glänzend, der Kern schwindet. Diese Zellen — sicher nicht Kunstprodukte — sind auch nachzuweisen in den Gehirnen der künstlich paralytisch gemachten Hunde. (s. d. Centralbl. 1884 Nro. 11 p. 241. Ref.) Ferner ist sicher zu beobachten die *Vergrösserung des Kernes.*

Oft ist die Gesammtveränderung der Zelle so bedeutend, dass sie kaum noch als solche zu erkennen ist, in ganz alten Fällen geht sie vollständig zu Grunde.

Der Vortr. hat seine Resultate aus mehreren Tausenden von Präparaten genommen und zwar von den verschiedensten Parthien der Hirnrinde. Es haben beständige Vergleiche mit normalen Gehirnschnitten stattgefunden. Die Gehirne waren in Chromsäure gehärtet. (Eine Anzahl von Präparaten werden der Versammlung vorgelegt.)

Discussion: Binswanger erklärt sich in vielen Punkten mit Mendel einverstanden, differirt aber doch in anderen. Er macht zunächst auf die *grosse individuelle Verschiedenheit* der Ganglienzellen aufmerksam z. B. in den *verschiedenen Lebensaltern.* Redner hat die Resultate seiner Untersuchungen in der Jenaischen Gesellschaft für Med. u. Naturwissenschaft (ref. in d. Centralbl. 1884. 17. p. 400) ausführlich veröffentlicht und hebt Folgendes hervor: Die systematischen Untersuchungen betrafen die Veränderungen an den *Riesenpyramidenzellen des Paracentralläppchens.* Die Gehirne wurden in Chromsäure gehärtet und die Schnitte meistens mit Hämatoxilin gefärbt. Die *pericellulären Räume* sind auch seiner Ansicht nach *vorhanden*, doch habe er die von Mendel beschriebenen *gelblichen Massen* darin nie gesehen. Der *Kernkörper* ist eigenthümlich geschwellt, zerrissen und zerklüftet. Die *Kerne* sind vergrössert, gebläht und kernig. Die *Zelle* verändert sich in der That mit dem fortschreitenden Prozess total, zuletzt ist nur noch ein Körnchenhaufen vorhanden. Die Erkrankung ist merkwürdigerweise keine durchgehende, gleichmässige, sondern es erkranken nur einzelne Gruppen und *Nester. Pigment* ist schon beim jugendlichen Individuum vorhanden, es vermehrt sich nur mit zunehmendem Alter. Kern und Pigmentmassen sitzen ursprünglich in verschiedenen Polen der Zelle, sie nähern sich bei vorrückendem Alter und zwar umgreift zuletzt das Pigment den Kern. Zufolge der

Gesammtresultate seiner Untersuchungen ist Vortr. der Ansicht, dass es sich bei der Paralyse um eine parenchymatöse Erkrankung handelt.

Gudden vertritt die Ansicht, dass die Müller'sche *Flüssigkeit ungeeignet* zur Behandlung der Gehirne sei. Er beruft sich auf eine ungenannte Autorität, mit der er vollkommen übereinstimme darin, dass die Müller'sche Flüssigkeit (Chromsäure) jede normale Zelle verdürbe. Es müsse sich demnach bei den Untersuchungen von Mendel und Binswanger vielfach um Kunstproducte gehandelt haben. Nur die in *Alkohol gehärteten Präparate* seien zu Untersuchungen geeignet. Ferner könnten wegen der grossen individuellen Verschiedenheit der Zelle nur solche Beobachtungen Werth haben, welche beständig mit Normalpräparaten verglichen wären, und zwar müsse hier — wie nicht genug betont werden könne — die *grösste Gleichmässigkeit der Behandlung* herrschen. Derselbe Zeitraum der Härtung und der Tinction, möglichst derselbe Zeitpunkt der Untersuchung. Diese minutiöse Genauigkeit sei nicht so selbstverständlich wie sie wohl scheine, sonst wäre sie nicht von verschiedenen Forschern übersehen worden. Von den Untersuchungsmethoden halte er die Mendel'sche für richtiger, welche ihre Präparate und zwar möglichst viele von allen Theilen der Hirnrinde nehme. — Die von Binswanger gefundene Zackung des Kernkörpers habe er nicht constatiren können, vielmehr nur, dass das Körperchen seinen Glanz verliere.

Mendel hebt noch einmal hervor, dass er alle seine Präparate, besonders auch die normalen Vergleichsschnitte ganz gleichmässig behandelt habe. Er könne nicht zugestehen, dass die Müller'sche Flüssigkeit einen so destructiven Einfluss ausübe. — Gegen Binswanger erklärt M., dass die von ihm (Mendel) gefundenen gelben Massen immerhin so selten seien, dass sie übersehen werden könnten.

Gudden erklärt, dass je stärker die Müller'sche Flüssigkeit, desto mehr die Zellen verändert würden.

Binswanger macht darauf aufmerksam, dass derselbe Vorwurf, der jetzt die Chromsäure, träfe früher dem Alkohol gemacht worden sei.

Wegen vorgerückter Zeit beschliesst die Versammlung die übrigen angemeldeten Vorträge zu vertagen.

Schluss der Sitzung Vormittags 11 Uhr 40 Min.

Die programmmässig vorgesehenen Besuche der Provinzialirrenanstalten Nietleben und Altscherbitz fanden am 16. Septbr. Vorm. 9 Uhr und am 17. Septbr. Nachmittags statt unter Betheiligung zahlreicher Mitglieder der Versammlung. Die Besichtigung unter der ebenso sachgemässen wie liebenswürdigen Führung der Herren Professor Hitzig und Director Paetz sowie der Anstaltsärzte war eine sehr eingehende und hochbefriedigende.

II.

57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg vom 18.—23. September 1884.

Originalbericht von Dr. RICHTER, Dalldorf.

Freitag, den 19. September.

Section für Psychiatrie und Neurologie.

496) **Paetz** (Altscherbitz): *Ueber den Werth der agricolen Irrenanstalten für die Behandlung der Geisteskranken und insbesondere über die Einrichtung der Irren-, Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Altscherbitz in der Provinz Sachsen.* — Die Erkenntniss, dass die Geisteskranken möglichst ausgedehnt beschäftigt werden müssen und dass sie im Allgemeinen viel mehr Freiheit geniessen können, habe zur Colonisirung geführt; einmal sei die familiäre, das andere Mal die agricole Irrencolonie vorgeschlagen worden. Die agricole Irrencolonie müsse in der Nähe einer geschlossenen Irrenanstalt liegen. Sie gestatte eine grössere Ausdehnung der Beschäftigung und eine grössere Mannigfaltigkeit der Beschäftigungszweige und dadurch einerseits eine ergiebigere Verwendung der den veschiedensten Krankheitsformen und Gesellschaftsclassen angehörenden Elemente, andererseits eine ausgedehntere Berücksichtigung der verschiedenartigen körperlichen Fähigkeiten und psychischen Neigungen. Sie gewähre eine bessere Organisation der Arbeit, eine bessere Verwerthung der Arbeitskräfte und Arbeitsproducte, eine vortheilhaftere Gestaltung der hygieinischen Verhältnisse. Der Einfluss der freieren und freundlicheren colonialen Verhältnise auf das Gemüth der Kranken sei ein ausserordentlich günstiger. Es genüge nicht einzelnen Kranken freien Ausgang zu gewähren und sie im Freien zu beschäftigen, der wohlthätige Effekt der Arbeit werde vielfach verfehlt, ja diese selbst als Strafarbeit aufgefasst, wenn der Kranke nach gethaner Arbeit wieder in das geschlossene Asyl zurückgeführt werde. Zu den Unvollkommenheiten des bisherigen Systems der Colonien gehöre die durch Entfernung der Colonie von der Mutteranstalt bedingte Erschwerung der directoriellen und ärztlichen Geschäfte, die wieder die bedenkliche Nothwendigkeit im Gefolge habe, dem Personal grössere Selbstständigkeit einzuräumen. Die Colonien in ihrer bisherigen Form bildeten zwar einen Fortschritt, ihre Mängel hätten aber deren weitere Ausbreitung und den Bruch mit dem alten Anstaltssystem verzögert; die nächste Stufe des Fortschritts müsse darin bestehen, Verpflegungsformen zu schaffen, welche die Vorzüge der geschlossenen Anstalten mit denen der Colonien vereinigen. Dieses Ziel angestrebt zu haben bildet den Werth von Altscherbitz. Es sollte sich der dritte Theil der Kranken in einer Centralanstalt befinden. Das Gut sollte

1) bezüglich seiner Grösse nach landwirthschaftlichen Grundsätzen bei Mannigfaltigkeit der Beschäftigungszweige cultivirt werden können;
2. die Resultate müssten den Kranken Freude und Interesse erweisen;

3) die Art der Arbeit müsste dem Körper zuträglich sein;
4) das Gut müsste landschaftliche Reize haben;
5) Centralanstalt und coloniale Stationen müssten bequem situirt werden können.

Die Centralanstalt müsse die Vorzüge der geschlossenen Anstalt besitzen, es müssten in ihr Freiheit und Humanität herrschen; sie bestehe aus einzelnen Pavillons; sie enthalte eine Aufnahmestation und eine Beobachtungsstation, sodann eine Abtheilung für Unruhige etc. und schliesslich ein Lazareth. In den colonialen Aussenstationen darf überhaupt Nichts an eine Irrenanstalt erinnern. In Alt-Scherbitz wurden die Erwartungen nicht nur erfüllt, sondern übertroffen.

Die Zahl des Wartepersonals ist 1 : 10. 80 p.Ct. der Kranken sind beschäftigt.

In der Diskussion, an welcher sich Oebeke, Moeli, Meschede und v. Gudden betheiligten macht Vortr. die Mittheilung, dass bei 400 Kranken jährlich 10—12 Entweichungen vorkommen.

497) **v. Gudden** (München): *Ueber das Corpus mammillare und die sogenannten Schenkel des fornix.* Weisst zunächst auf seine im XI. Bande des Archivs für Psychiatrie erschienene Arbeit hin. — Nimmt man eine Grosshirnhemisphäre beim Kaninchen fort, so atrophire das zum tuberculum anterius gehende Hemisphärenbündel, die bezügliche Nervenzellengruppe des tuberculum anterius, das Vicq d'Azyr'sche Bündel, das mediale Ganglion des corpus mammillare und dessen Haubenbündel. Letzteres sei nicht zu verwechseln mit dem Meynert'schen Haubenbündel, welches von Gudden pedunculus corporis mammillaris genannt wurde, zum lateralen Ganglion gehöre und an der Basis des Gehirns zwischen dem Meynert'schen Bündel und dem pedunculus cerebri nach hinten sich verfolgen lasse.

Das von Gudden für einfach gehaltene mediale Ganglion sei ebenfalls kein einfaches, bestehe vielmehr selbst wieder aus zwei Ganglien, einem ventralen hinteren und einem dorsalen vorderen. Das erste sei abhängig vom Vicq d'Azyr'schen Bündel, gehe mit diesem zu Grunde, das zweite sei unabhängig von ihm, sei das Centrum für das Haubenbündel. Erst wenn man nach Enucleirung eines Auges oder durch Einstich von der Convexität des Gehirnes her das vordere dorsale Ganglion zerstört, gehe auch das Haubenbündel zu Grunde.

Trotz des Nachweises der Existens dreier von einander unabhängiger Ganglien in jedem corpus mammillare entspreche seine Behauptung nach Fortnahme einer Grosshirnhemisphäre atrophire auch das Haubenbündel — „bis auf einen Rest“ — durchaus der Wirklichkeit. Nur die Deutung des Befundes sei irrthümlich gewesen und sei die nachgewiesene partielle Atrophie lediglich die Folge gehemmten Wachsthums durch Druck.

Das Haubenbündel des corpus mammillare lege sich also medial dem eigentlichen Vicq d'Azyr'schen Bündel an, begleite dasselbe eine Strecke weit, biege dann nach hinten um und kreuze sich mit dem Meynert'schen Bündel, welches das Ganglion habenulae mit dem von ihm entdeckten Ganglion interpedunculare verbinde. In seiner Arbeit

im Archiv für Psychiatrie hätte er angegeben, dass das Meynert'sche Bündel vom Haubenbündel lateral gekreuzt werde. Es sei diese Angabe nicht richtig, es werde medial gekreuzt. Die Haubenbündel dringen dann zwischen den Meynert'schen Bündeln nach hinten vor, lassen die Wurzeln der nerv. oculomotorii zur Seite, fangen an, durch die Bündel der Haubenkreuzungen gespalten zu werden, bilden eine etagenförmig aufgebaute Reihe von 6—9 Querschnitten (in Frontalschnitten) die sich je weiter nach hinten, desto mehr in die Quere strecken, zwischen den zwei genannten Hauptkreuzungen wieder näher aneinander rücken, um dann hinter denselben in zwei neben der rhaphe central von den hinteren Längsbündeln gelegenen, ziemlich grossen Zellengruppen sich zu verlieren. In derselben Region, und dorsal vom hinteren Längsbündel, liegen zwei umfangreiche Ganglien, deren Verbindungen und Abhängigkeiten noch gänzlich unbekannt sind. Bei keinem Thiere stelle sich dieses ganze Verhalten so klar dar, wie beim Kaninchen. Beim Menschen lassen sich diese Haubenbündel kaum verfolgen; man sucht bei ihm auch vergebens nach den Zellen der Ganglien.

Zerstört man das dorsale vordere Ganglion, so geht auch das central vom hinteren Längsbündel hinter der grossen Haubenkreuzung gelegene Ganglion zugleich mit dem ganzen Haubenbündel zu Grunde. Nimmt man eine Grosshirnhemisphäre fort mit oder ohne corpus striat. mit oder ohne vorderen Theil des Thalamus opticus, so findet man entsprechend der früher auseinandergesetzten Druckatrophie des ventralen Theiles des dorsalen vorderen Ganglions des corpus mammill. die central gelegenen Züge des Haubenbündels, so wie den centralen Theil des central vom hinteren Längsbündel gelegenen Ganglions atrophisch.

Schliesslich theilt v. Gudden mit, dass seine weiteren Untersuchungen ergeben hätten, dass die Fornixsäule nicht nur aus drei Bündeln sich zusammensetze, sondern dass noch ein viertes Bündel in ihre Zusammensetzung eingehe, das als oberes (vorderes) ungekreuztes bezeichnet werden könne.

498) **Hasse** (Königslutter): *Ueber die Beziehungen der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Geistesstörungen.*

Eine Frau von 30 Jahren erkrankte im achten Monate der Schwangerschaft mit Kopfschmerzen, Angst und Schlaflosigkeit, schliesslich wurde sie tobsüchtig. Nach der künstlichen Frühgeburt erholte sie sich rasch und vollständig. — Ein junges Mädchen von 16 Jahren, geistig etwas einfach wurde unruhig und ängstlich, hatte Congestionen nach dem Kopfe. Sie hetzte, entwischte, zerstörte. Nach Beseitigung einer Atresie des inneren Muttermundes wurde sie völlig wieder hergestellt.

Vom 1. Juli 1883 bis 30. Juni 1884 hatte H. unter 151 weiblichen Kranken 40,3% ausserhalb der Ovulationszeit, 2,6 nicht menstruirte, 12,5 unregelmässig menstruirte, 44,3 regelmässig menstruirte. Gäbe es für die Entwicklung und den Ausbruch der Geistesstörung geschlechtskranker Frauen denn schliesslich gar keine andere Erklärung?

Geistesstörungen gingen wie sie gekommen seien. Eine ganze Reihe von Störungen im Geschlechtsleben des Weibes entwickelten sich von Leiden der Gebärmutter, selbst organischer Art, erst aus der vorhandenen Geistesstörung, oder gleichzeitig mit derselben aus der im Gefolge der Geistesstörung erscheinenden anderweitigen Krankheiten des Organismus. Die bei den weiblichen Geisteskranken so weit verbreitete Neigung zur Onanie übe einen geradezu verheerenden Einfluss auf die Geschlechtstheile aus. Gebärmutterleiden beständen seit Jahren ohne den allergeringsten Einfluss auf das geistige Befinden. Ohne Prädisposition gäbe es keine Psychose. Was solle in jedem einzelnen Falle geschehen? Er sei geneigt die der Hysterie zukommenden Erscheinungen im Allgemeinen auf Rechnung eines Leidens der Geschlechtsorgane zu bringen. Der einzelne Fall entscheide ob wir verpflichtet seien in die gynäkologische Behandlung einzutreten. Bei indicatio vitalis betäubende Mittel und sofortiges Einschreiten. Allerdings sei bei jungen Mädchen, deren grösstes Heiligthum, die Schamhaftigkeit, noch nie zuvor im Leben angetastet war, die von ihnen als ein zwar unbewusstes, aber desto werthvolleres Besitzthum hochgehalten und vertheidigt werde, der Effekt auf das moralische und sittliche ein vernichtender! Wir Irrenärzte hätten die Pflicht die psychischen Consequenzen zu ziehen. Die Forderung gynäkologisch gebildete Assistenzärzte anzustellen hätte keine Berechtigung. In geradezu vernichtender Weise wirke eine Untersuchung auf junge Mädchen, die sans façon ihre Geschlechtstheile zeigen und sich defloresciren lassen müssten; später fänden sie allerdings selbst Wohlgefallen an dieser Untersuchung. Die heutige Sucht der Frauenwelt sich gynäkologisch behandeln zu lassen, entspringe nicht zum geringsten Theile aus bewussten oder unbewussten Wollustgefühlen, aus einem Reiz sinnlicher Art der stets nach neuer Nahrung lechze. Die gynäkologische Behandlung verleite in manchen Fällen Frauen und Mädchen zur Onanie, die beiläufig bemerkt, in unserer Zeit beim weiblichen Geschlecht wohl häufiger vorkomme als man dies anzunehmen geneigt sei. Die weit verbreitete Ansicht der Gynäkologen, dass der kranke uterus nun einmal Schuld sei an Allem, was auf der Welt passire, ruinire das Scham- und Keuschheitsgefühl unsrer weiblichen Jugend. Er kenne Fälle wo die gynäkologische Behandlung gradezu die Psychose hervorgerufen. Es sei ein Bedürfniss der Zeit, wo Heerden von Frauen und Mädchen dem Gynäkologen zuliefen, diese in unseren Irrenanstalten erst von dem Wesen der Psychosen die nöthigen Vorkenntnisse zu verschaffen, damit sie in ihrer späteren gynäkologischen Praxis die Menschheit vor grösserem Uebel bewahrten, sie sähen den Splitter in ihres Bruders Auge, aber würden nicht gewahr des Balkens im eignen.

v. Gudden nahm die Gynäkologen in Schutz.

499) **Hitzig** (Nietleben): *Haematorrhachis, Syringomyelie, abnorme Structur des spinalen Markmantels.*

Eine 54 jährige Frau erkrankte am 29. December 1882 mit Schmerzen im Kopf, im Nacken, im ganzen Körper, mit Schwindel und Abgeschlagenheit. Am 30. December allgemeine Hyperästhesie der

Wirbelsäule und leichte Dilatation der linken Pupille. Am 31. December hatten die nervösen Erscheinungen Vormittags nachgelassen, Nachmittags kehrten sie mit verdoppelter Heftigkeit wieder. Bei Bewegungen Gefühl grosser Schwere in den Gliedern; die Muskulatur der linken Wade leicht gespannt. In der Nacht zum 1. Januar unter sehr heftigen Schmerzen und zahlreichen Sensationen vollkommne sensible, motorische und reflectorische Lähmungen der unteren Körperhälfte bis in die Nabelgegend. Zwischen Nabel und 6. Rippe links gürtelförmiger, neuralgiformer Intercostalschmerz. In der linken oberen Extremität Gefühl von Schwere und Sensationen. 2. Januar Herpeseruption auf vorgedachter Zone. Nachmittags kann sie links den Oberschenkel, Unterschenkel und die Zehen mit einiger Mühe bewegen, rechts seitliche Bewegungen der Extremität mühsam ausführen. Nadelstiche werden an den bis dahin anästhetischen Partien stumpf empfunden. Blasenlähmung. Morgens 4 Uhr Tod.

Section. Ganz frischer flächenhafter subarachnoidealer Bluterguss an der Convexität der Hinterlappen und des hinteren Theiles des Scheitellappens, so wie an dem grösseren Theile der oberen Fläche des Kleinhirns. Dura spinalis blauroth durchscheinend, gespannt, unten kolbig aufgetrieben, Subduralraum leer. Der Subarachnoidealraum des Rückenmarks vom mittleren Brustmark an bis zum conus medullaris strotzend mit frischem schwarzrothem Blutcoagulum gefüllt. Die Entwicklung der Krankheit sei eine ganz andere als sie in den Lehrbüchern und Monographien geschildert wird. Der Vortr. führt dies aus. Im Rückenmark befand sich eine Höhle die ca. 9,5 Ctm. oberhalb des conus medullaris begann und eine Länge von ca. 5,8 Ctm. hatte. Sie lag ausschliesslich in dem vorderen Theil der Hinterstränge und in der grauen Commissur. Im Hinterstrang erschien sie auf dem Querschnitt von unregelmässiger Configuration. Der Centralcanal war an einigen Stellen offen, an anderen obliterirt, an anderen überhaupt nicht zu erkennen. Sodann bemerkte H. eine Anomalie der weissen Substanz; es handelte sich um mehr oder minder dicke Bündel welche streckenweise transversal verliefen und dann in die longitudinale Richtung umbogen. Ungefähr 26 Ctm. über dem conus medularis schickte das rechte Hinterhorn unmittelbar nach seinem Ursprunge einen langen, zapfenförmigen Fortsatz nach innen und hinten bis zur hinteren Medianfissur. Zwischen ihm und der grauen Commissur gab es nun auf der Höhe von etwa einem halben Centimeter beiderseits keine oder wenig Sonnenbildchen, sondern die weisse Substanz erschien fein radiär gestreift. Aehnliche Bildungen noch an verschiedenen Stellen des Rückenmarks. Es waren Nervenfasern die aus der grauen Substanz hervorgingen, eine Strecke in transversaler Richtung verliefen und dann entweder an dem nächsten Gefäss in longitudinale Richtung übergingen oder in der Gegend eines Gefässschnittes eine Schlinge bildeten. Es macht den Eindruck als ob ein Bündel von Nervenfasern jedesmal durch ein sich retrahirendes Gefäss aus der normalen Lage gerückt worden sei; das konnte selbstverständlich nur während der Embryonalzeit geschehen sein.

500) **Grashey** (Würzburg): *Ueber die Blutbewegungen im Schädel.*

Die Gefässe des Gehirnes dehnen sich nicht so weit aus, als z. B. die Gefässe einer Extremität; der überschüssige Druck übertrage sich auf die Schädelkapsel. Es handle sich nun darum wie viel Druck das Gefäss, wie viel die Cerebrospinalflüssigkeit trage; letzteren nenne man Hirndruck. Die Arbeiten welche bisher dieses Thema behandelten zeichneten sich durch wenig Klarheit aus. Der Druck, den ein in das Hirn eingesetztes Manometer zeigt sei ein anderer als der den das Hirn vor der Eröffnung der Kapsel hatte. Der Vortr. demonstrirt nun einen Apparat welcher mit Glaswänden versehen ist und dem Auge die Circulations- und Druckverhältnisse des Schädels zur Anschauung bringt; es zeigt sich dabei dass im Gehirn Gefässschwingungen auftreten, die noch nicht beschrieben sind; es zeigt sich ferner dass bei geringem Blutdruck mehr Blut durch das Gehirn fliesst als bei hohem, das Gehirngeräusch der Kinder beruhe auf den Schwingungen der Venen an den Einmündungsstellen in den sinus.

Binswanger. Nervositäten beruhen auf Circulationsverhältnissen. Die Kranken machten darüber selbst Angaben, sie fühlen das Blut fliessen, es schwänge im Schädel; sie klagen ein schallendes Geräusch im Schädel vielleicht gehöre der clavus hystericus hierher.

Grashey. Diese Klagen gehören hierher. G. hörte diese Geräusche nicht nur am Kind, sondern auch am Erwachsenen, sind die Geräusche nicht zu hören, so bleibe diese Frage offen.

Mendel weist hierbei auf die Thatsache hin, dass bei Delirium acutum Flüssigkeit in den perivasculären und den pericellulären Räumen sei; ein gepinselter Schnitt sähe aus wie eine Scheibe Schweizerkäse. Es wäre hierbei auch an den Zusammenhang des del. acut. mit Verengerung des for. jugulare zu erinnern, die von G. beschriebenen Gefässschwingungen machten den Vorgang noch verständlicher.

Binswanger hätte auch auscultatorisch Nichts festgestellt.

Grashey: Wie hätte M. und B. den Schädel auscultirt? (Beide antworten mit dem Sthetoskop oder blosem Ohre). Dieses Verfahren genüge nicht; das eigne Ohr gebe selbst Geräusche. Herr Jehn antwortet G. dass er die Einmündung der Hirnvenen in die sinus meine. Ueber die Bedeutung des for. jug. in dieser Sache zu urtheilen getraue er sich nicht; eine Verengerung desselben müsste übrigens die Geräusche unterdrücken.

Berger stimmt B. nicht bei, wenn letzterer meine, dass Nervositäten auf Circulationsstörungen beruhen.

Binswanger: Auf Grund veränderter Erregungszustände komme es zu Circulationsstörungen.

Strümpell hebt den Missbrauch hervor, den man mit Anämie, Hyperämie, Congestionen etc. treibe, andere Kranken zeigten dasselbe aber ohne Nervositäten.

Jehn hätte blos auf die Hirnüberschwemmung beim del. acut. hinweisen wollen.

Meschede: Ziehe G. hierbei auch die Nonnengeräusche in seine Betrachtungen?

Grashey meine nur die Geräusche, die durch Gefässe innerhalb des Schädels zu Stande kommen.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Kritiken.

501) **Goltz** (Strassburg): Ueber Lokalisationen der Functionen des Grosshirns. (Vortrag auf dem Berl. Congr. für inn. Medicin. (Ref. in Berl. klin. Woch. 1884. Nro. 19 und 21.)

502) **Fritsch** (Berlin): Herrn Prof. Goltz's Feldzug gegen die Grosshirnlokalisation nach Berlin. (Berl. klin. Woch. 1884. Nro. 19.)

503) **Goltz** (Strassburg): Erwiderung auf vorstehenden Artikel. (Berl. klin. Woch. 1884. Nro. 20.)

504) **Ewald** (Berlin): Bemerkungen über die vorstehenden Controverse (unter „Tagesgeschichtliche Notizen".) (Berl. klin. W. 1884. Nro. 20.)

Die skeptische Stellung, welche Goltz seit längeren Jahren gegenüber der Lokalisationslehre und besonders deren Uebertragung auf die Pathologie des Menschen einnimmt, wird im Allg. in seinem Vortrage auf dem Berliner Congress innegehalten. Die Contreverse behandelt hauptsächlich die von Fritsch und Hitzig entdeckte „*motorische* (später psychomotorische) *Zone*" der Grosshirnrinde. Dass nach Wegnahme derselben Lähmung gewisser Muskelgruppen eintritt (Ferrier), dass der Muskelsinn erlösche (Fritsch und Hitzig), dass nur die Tastempfindung verloren gehe (Schiff), oder dass in Folge des mangelnden Gefühls die willkührliche Bewegung der Gliedmassen aufhöre (Munk) — alle diese Forschungsergebnisse genannter Autoren bestreitet Goltz mehr oder weniger. Er giebt nur zu, dass die in der erwähnten Weise operirten Thiere die *Gebrauchsfähigkeit* der Muskeln für *gewisse Handlungen* verlieren und dass nur eine gewisse *Stumpfheit der Empfindungen* auftrete, es erlösche aber niemals total weder Bewegung noch Empfindung, und damit sei die Lokalisationstheorie in ihren Grundzügen erschüttert. Zur Demonstration des Gesagten führte der Vortr. einen operirten Hund vor. —

Die ferneren Ausführungen des Redner's behandeln von ihm gemachte *Exstirpationsversuche*, die geeignet erscheinen, die Lokalisationslehre im allgemeinen Sinne zu unterstützen. G. beobachtete nämlich, dass wenn an Hunden *beträchtliche Theile des Vorderhirns* exstirpirt wurden, die Thiere *ungeschickt* und *unpractisch* wurden, eine allgemeine *Reflexsteigerung* erführen und schliesslich einen *bösartigen Character* annehmen — wenn man dagegen die *Hinterhauptlappen* fortnahm, so trat *Harmlosigkeit, Trägheit* und allg. *Sinnenstumpfheit* ein.

Fritsch wendet sich mit grosser Schärfe gegen die Beweisführungen von Goltz. Er hebt hervor und erläutert durch eine

beigegebene Abbildung, dass an dem vorgeführten Hunde in der That nur der *kleinste Theil* der motorischen Zone beiderseits zerstört war; (das betr. Thier wurde getödtet und zur Section gebracht) und dass die von Fritsch und Hitzig für die Hinterextremitäten, Schwanz-, Augen-, Gesichts-, Kiefer-, und Zungenmuskulatur in Anspruch genommenen Rindenparthieen *gänzlich intact* waren. Die Parthien für die Vorderextremitäten fehlten theilweise, nur diejenigen für die Nackenmuskulatur vollständig. Aber auch abgesehen davon seien die Bewegungen des Hundes keineswegs durchweg normal gewesen, besonders habe sich deutlich Ataxie der Nackenmuskeln gezeigt. Auf alle Fälle sei der Schluss von Goltz dass, weil nach Abtragung der motorischen Felder die entsprechende Muskelbewegung nicht ganz ausfiele — diese letztere mit der exstirpirten Parthie nichts zu thun haben könnte, falsch; — *höchstens* könne geschlossen werden, dass auf den in Frage kommenden Parthien die Innervation der Bewegungen *nicht allein* beruhen könne. — Zum Schluss betont Fr., dass „trotz alles Drehens und Wendens die wenigen Autoren, welche sich noch gegen die Lokalisation sträubten, nicht um die als sichere Thatsache etablirte, isolirte electrische Reizung von eng nmschriebenen Rindengebieten herum kämen, die sich in gekreuztem Sinne als Bewegung geltend macht.“ Die Faserungsversuche von Meynert und Flechsig gäben der Lokalisation eine anatomische Grundlage.

Goltz erklärt in seiner Erwiderung zunächst, dass es eine willkürliche Unterstellung sei, von seinem „Feldzug gegen die Grosshirnlokalisation“ zu reden, er habe vielmehr auch seinerseits Bausteine dazu geliefert durch die (oben erwähnten) Experimente an Vorder- und Hinterhirn, er habe nur berechtigte Kritik an den *modernen Lokalisationshypothesen* geübt. Ferner habe Fritsch zugegeben, dass mindestens ein Theil der motorischen Region beiderseits an dem demonstrirten Hunde gefehlt habe, dann hätte doch — wenn die Hirnrinde aus *kleinen circumscripten* Centren bestände — wenigstens *eine örtlich beschränkte* Ausfallserscheinung bestehen müssen. Dass die Bewegungen des demonstrirten Hundes normal gewesen seien habe er niemals behaupten wollen. — Der Werth der electrischen Reizversuche sei, wie schon Schiff nachgewiesen (Stromschleifen), ein sehr geringer. — Es geht aus dieser Entgegnung Goltz's, die einen Commentar zu seinem Vortrag bildet, hervor, *dass sein Hauptangriff gegen die Annahme circumscripter Centren sich richtet.*

Ewald wahrt in seinen Bemerkungen den Standpunct des Klinikers. Es sei durch täglich sich mehrende klinische Beobachtungen die Lokalisation sicher gestützt und könne nicht mehr entbehrt werden. Dass alle diese Beobachtungen erst neueren Datums seien, spräche nicht gegen ihre Zuverlässigkeit. Naturgemäss habe das klinische Material erst da beginnen können, als zuerst von den „Centren“ die Rede gewesen sei.

(Ref. zweifelt nicht, dass die Ansichten der meisten Forscher *mit Recht* zur Lokalisation hindrängen. Ein Urtheil über das spezielle Streitobject — den demonstrirten Hund — abzugeben dürfte nur ein

Augenzeuge und spezieller Fachkenner berechtigt sein. Es ist bedauerlich, dass die Contreverse in einer Sache, wo jede Sensibilitätsäusserung des Thieres mehrdeutig und jeder Millimeter Gehirnmantel wichtig war, nur auf dem Papier stattgefunden hat, und nicht Angesichts des Versuchsthieres und Angesichts der Section. Vielleicht wäre dann das Ergebniss der Debatte ein furchtbareres und der Ton ein weniger scharfer gewesen.)

Langreuter (Dalldorf)

---

505) **E. Hitzig** (Halle): Einige Bemerkungen zur Frage der Lokalisation im Grosshirn. (Berl. klin. Woch. 1884. Nro. 21.)

H. erklärt zunächst, „dass er Tourniere auf nationalen und internationalen Versammlungen über Dinge, die nur im Cabinet entschieden werden könnten, für zwecklos halte.“ — Er betont dann ganz kurz das Ergebniss der Grundversuche von ihm und Fritsch, dass auf *minimale* Zerstörung in bestimmten Rindenparthien contralaterale Bewegungsstörungen und auf kleine Zerstörungen im Hinterhirn Sehstörungen folgten. Wenn Goltz gegen die Lokalisationslehre argumentiren wolle, so habe er vor Allem nachzuweisen, dass minimale Verletzungen (der motor. Region) *überall* Bewegungsstörungen, und zwar in *allen* Muskeln, und *kleine* Zerstörungen *überall* Sehstörungen hervorrufen. Uebrigens sehe er Goltz durch seine Vorderhirn- und Hinterhirnzerstörungen und deren Ergebnisse bereits auf dem besten Wege zur Lokalisation!

Langreuter (Dalldorf).

---

506) **Klein, Langley** und **Schäfer:** On the cortical areas removed from the brain of a dog, and from the brain of a monkey. (Journ. of physiolg. Vol. IV, p. 231—247.)

507) **Langley:** The structure of the dogs brain. (ebdt. p. 248—286.)

508) **Langley:** Report on the parts destroged on the right side of the brain of the dog operated on by Prof Goltz. (ebdt. p. 286—309.)

509) **Langley** und **Sherrington:** Secondary degeneration of nerve tracts following removal of the cortex of the cerebrum in the dog. (ebdt. Vol. V. p. 49—65.)

Gelegentlich des internationalen Congresses zu London im Jahre 1881 stellte Goltz einen Hund vor, dem er ausgedehnte Parthien der Grosshirnrinde abgetragen hatte. Er versuchte zu zeigen, dass weder eine Sinnesthätigkeit noch der willkürliche Gebrauch der Muskel durch die Operation sei gestört worden; wenn sich das Thier anders benehme, als ein gesundes, so komme dass nur daher, dass es in Folge der Operation blödsinnig geworden sei. In der That ist man durch die Lecture des Berichtes nicht zu dieser Annahme gezwungen, die demonstrirten Eigenthümlichkeiten des Hundes liessen ganz gut auch eine Deutung im Sinne der Localisations-Theorie zu.

Ferrier und Geo demonstrirten ihrerseits einen Affen zur Bekräftigung ihrer gegentheiligen Anschauungen. Es wurde ein Comitée eingesetzt um die Gehirne dieser Thiere zu untersuchen, jene Arbeiten an denen sich Langley betheiligte liegen mir nun vor.

Es war ihm die rechte Hälfte des Gehirnes und das Rückenmark des Hundes zugewiesen worden und er begann vorerst in ausserordentlich gründlicher Weise die Anatomie des Hundekerns zu studiren. Ich freue mich constatiren zu dürfen, dass er sich dabei enge an meine durch vergleichend anatomische Arbeiten gewonnene Anschauungen anschliesst und dadurch deren Verwendbarkeit auch für physiologische Zwecke erweist.

An der rechten Hemisphäre des Hundes fand sich eine längs gerichtete zungenförmige Verletzung, deren Spitze knapp von dem oberen Ende der Fissura praesyloia begann, diese Fursche aber abgesehen von der erwähnten Spitze völlig frei liess, ebenso das untere Ende der F. coronalis und anterior, und oben grössere Stücke der cruciata und ansata, sowie die ganze lateralis. Weiter nach hinten verbreiterte sich die Zunge so dass sie fast die ganze obere und Lateralseite einnimmt, auch auf die mediale greift sie noch über aber nur soweit von hinten nach vorne, dass sie eben die Umbeugung der F. splenialis tangirt. Es blieben also entschieden Stellen der motorischen Zone unverletzt.

Die *secundäre* Degeneration setzte sich durch den Hirnschenkelfuss auf die Pyramiden fort und zwar waren von ersteren die lateralen und centralen Partieen am meisten ergriffen, von letzteren (rechts) die centralen. Der Tractus subolivaris blieb frei. In den Pyramiden-Seitenstrangsbahnen liess sich die Degeneration bis in die obere Lumbarregion verfolgen. Eine Art *tertiärer* Degeneration fand sich in den Vordersträngen und Vorderseitensträngen.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

510) **McGuire** (New-York): Case of nodular tumor of the corpus callosum. (Ein Fall von Geschwulst des Balkens.) (Amer. journ. of Neurol. & Psych. 2. 1884. p. 56.)

Ein 32 jähr. Maler, der im J. 1873 ein ulc. dur. acquirirt hatte, und vielfach specifisch behandelt worden war, consultirte den Verf. 1882 wegen Bluthustens und einer Affection des rechten Handgelenks. Der Husten besserte sich mit der Zeit, während die Gelenkschmerzen trotz des angewandten Jodkalis sich renitent zeigten, sodass Pat. sich der weiteren Behandlung entzog und ein Schwefelbad aufsuchte, welches von guter Wirkung auf die Arthritis war. Auf seiner Heimreise, 6 Monate darauf bekam er plötzlich eine linksseitige Paralyse des unteren Astes des Facialis, welche er aber nicht weiter beachtete, bis sich nach einigen Wochen Kopfschmerzen einstellten, die vorzüglich Nachts auftraten. Jodkali besserte dieselben. Kurze Zeit darauf bekam er beim Mittagessen Convulsionen. Von da an machte sich eine geistige Schwäche bemerkbar, die immer mehr zunahm. 6 Wochen darauf 2. heftiger Anfall, auf welchen in der nächsten Zeit noch einige schwächere folgten. Pat. wurde nun ins Krankenhaus gebracht, wo die sorgfältigste ophthalm. Untersuchung nichts Abnormes ergab.

Bezüglich der Diagnose schwankte man zwischen einem Gumma und einer Blutung in Folge spec. Erkrankung der Gefässe. Am 5.

Novbr. 1883, 10 Monate nach der Facialislähmung erfolgte nach einem heftigen Anfall von Convulsionen der Exitus.

Die Section ergab einen aus mehreren derben Knoten bestehenden Tumor der auf dem vordern Ende des Balkens aufsass, ca. $3^1/_2$ Ctm. lang und $2^1/_2$ Ctm. breit war. Die Substanz des Balkens selbst war von normaler Consistenz, während die beiden gyri fornicati, namentlich der linke durch den Tumor znm grossen Theil usurirt war; in der Rindensubstanz welche an die Vereinigungsstelle des aufsteigenden und horizontalen Theiles des sulcus marginalis grenzt, fand sich ein Eindruck, hervorgebracht durch einen dem Tumor angehörigen kleineren Knoten. Die mikroskop. Untersuchung ergab ein Gumma.

K o e n i g (Dalldorf).

---

511) **McBride** (New-York): A case with tumor in the optic thalamus. (Ein Fall von Tumor des Sehhügels.) (Amer. journ. of Neurol. & Psychol. 2 1884. p. 63.)

Ein 48jähr., hereditär nicht belasteter Mann, welcher bis vor $2^1/_2$ Jahren stets gesund gewesen war, wurde am 4. 1. 1883 in's Krankenhaus aufgenommen. Seit $2^1/_2$ J. hatte er wie er angab Kopfschmerzen, welche sich in den letzten Monaten bedeutend gesteigert hatten, auch klagte er über eine leise Schwäche in den Armen und Beinen, sowie über eine geringe Abnahme des Gehörs. In der letzten Zeit traten auch Blasenbeschwerden auf. Seine Angaben waren confus, das Gedächtniss schlecht. Stat. pr. Pat. nimmt die active Rückenlage ein, ist anämisch, abgemagert, zeigt Pityriasis tabesc. und Ecthyma cachect. auf den untern Extrem. Linker Facialis gelähmt; linker Arm und l. Bein extendirt und gelähmt, während die Extremitäten der rechten Seite sich in Flexionsstellung befinden. Zunge weicht nach links ab. Keine Störungen der Sensibilität. Patellarsehnenreflex links gesteigert. Die übrigen Reflexe normal. Abdomen nicht eingezogen. Percussion des Schädels über dem l. proc. mast. schmerzhaft. Die ophthalm. Untersushung ergab keine Veränderung. *Herz*: normal. Arterien: *rigid*. Syphilitische Infection war in Abrede gestellt worden.

Pat. wurde bald ganz comatös und starb am 12. Januar. Die Obduction ergab einen wallnussgrossen Tumor, der von dem mittleren Drittel des r. Sehhügels ausgehend nach aussen in den sulc. longitud. und nach innen in den Ventrikel sich erstreckte. Auch hier ergab die mikr. Untersuchung ein Gumma.

K o e n i g (Dalldorf).

---

512) **A. Kasanski:** Ein Fall von Hysterie mit hystero-epileptischen Anfällen, Paraplegie und hysterischem Fieber. (Medic. Obosrenie 1884. Nro. 14.)

Verf. führt an, dass er zur Mittheilung des Falles angeregt worden sei dadurch, dass in J o l l y's Bearbeitung der Hysterie in Z i e m s s e n's Handbuch des hysterischen Fiebers gar nicht Erwähnung gethan sei.

Pat. 17jähriges Mädchen erkrankt mit Husten, der die unzweifelhaften Zeichen des hysterischen Ursprungs trägt; nach einigen Wochen gesellt sich dazu

Schnucken (singultus); beides exacerbirt am Abend, doch erinnert sich die Pat. der abendlichen Vorgänge des Morgens regelmässig nicht mehr, obgleich sie die Augen offen hatte und dem Anschein nach vollkommen bei Besinnung war. Nach einem weiteren Monat trat Abends an Stelle der abendlichen Exacerbation ein typischer hysterischer Anfall ein. Nach einem Klystier von Chloral mit Opium stellte sich scheinbar normaler Schlaf ein, welcher bis 6 Uhr morgens dauerte, wo dann ein Delirium begann: Patientin sang und declamirte in feierlichem Tone oder betete, bis am Vormittage nach einem Klystier von Th. Valeriana Pat. zum Bewusstsein kam. Dies wiederholte sich jetzt regelmässig 4 Monate lang: Des Abends um 6 Uhr Krämpfe, denen vor Schwund des Bewusstseins eine Aura voranging, bestehend in leichten Zuckungen der rechten Hand und Lider. Die Krämpfe waren jedesmal durch Chloral unterbrochen, und am Morgen erfolgte stets das Stadium der Delirien. Die letzteren waren bald heiter ironisch, bald ernst feierlich. Während der letzteren Form von Delirien, wenn sie feierliche traurige Lieder sang, war sie vollständig unempfindlich, weder Kitzel noch Schmerz wurden empfunden; während den heiteren Delirien empfand sie, wenn auch abgestumpft, Nadelstiche und lachte beim Kitzeln in der Axelhöhle oder an der Fusssohle. Das Gehör war bisweilen so geschärft, dass sie deutlich in Entfernungen hörte wie nie ein Gesunder. Erotische Delirien wurden nie beobachtet. Das Stadium der Delirien wurde durch Reizmittel unterbrochen. Sie erinnerte sich dann nie der Vorgänge während des Anfalles, verwunderte sich, dass die Brust nass war, obgleich sie während des Bespritzens deutliche Zeichen von Unbehagen gegeben und Abwehrbewegungen gemacht. Einmal wurde dieses Stadium nicht künstlich unterbrochen. Es bestand dann den ganzen Tag und ging am Abend in ausserordentlich heftige Krämpfe über die dem Chloral nicht wichen, so dass zum Chloroform gegriffen wurde, worauf erst Beruhigung erfolgte. Am Morgen wieder feierliche Delirien bei allgemeiner bedeutender Schwäche, schwachem Pulse und typischer *Katalepsie*. Der Anfall wich nicht den gewöhnlichen Reizmitteln, wohl aber kalten Uebergiessungen in der Wärme. Es war also die Periode der Delirien direkt in das Krampfstadium übergegangen mit beständiger Verstärkung aller Symptome. Nach 4monatlicher Dauer wurden die Anfälle allmälich schwächer und kürzer und einen Tag fehlten sie ganz. Dann traten Fieberbewegungen ein mit abendlichen Exacerbationen bis 39°, Morgens meist 38°. Am 5. Tage heftiger Durchfall, Neuralgien in den Beinen, Dysurie. Am 8. Tage schwanden alle Symptome, jedoch war die Kranke an beiden Beinen vollständig gelähmt, so dass sie angab, sie fühle nicht einmal dass sie Beine habe. Bei Auflegen von Kupfer oder Gold, keiner anderen Metalle, auf ein Bein oder bei sehr schwachem Faradisiren eines Beines erfolgte stets vollkommene Wiederherstellung aller Qualitäten der Hautsensibilität, doch nur so lange das Metall darauf lag. Im Uebrigen verhielt sich Pat. ganz wie eine Gesunde, alle Verrichtungen normal. Nur bisweilen Schnucken, das durch 1/100 Gran Atropin sulfuric. stets prompt beseitigt wurde. Nach mehr als einem halben Jahre der Lähmung erfolgte ein hystero-epileptischer Anfall, welcher aber, nach seiner Unterbrechung durch Chloral sich nicht wiederholte. Nach einjährigem Bestehen der Lähmung traten heftige durchschiessende Schmerzen der Beine und des Unterleibes in Erscheinung, dabei Fieberbewegung mit abendlichen Exacerbationen bis 39°. Am neunten Tage Schluss des Fiebers und die Beine haben ihre sämmtlichen normalen Functionen wieder erlangt, und die Pat. war überhaupt vollständig gesund und ist es bis jetzt (4 Jahre) geblieben.

Verf. erinnert daran, dass schon M. Rosenthal 1872 das hysterische Fieber ganz ähnlich geschildert und namentlich den Anschluss von „Charakteristischen Lähmungen“ der Motilität und Sensibilität hervorgehoben. (Der Herausgeber des Journales, Dr. Spriman bemerkt zu diesem Aufsatze, dass er häufig hysterisches Fieber bald als Continua bald als typische Intermittens gesehen und stets durch starkes Faradisiren der Wirbelsäule oder Entziehung von Funken aus derselben oder Auflegen von Vesicantien oder den Thermokautor längs der Wirbelsäule geheilt habe; doch habe er nie eine Veränderung des Krankheitsbildes, noch weniger eine Heilung der Hysterie durch das Fieber gesehen). Buch (Helsingfors).

---

513) **Charles Pilgrim** (New-York): Report of a case of epileptic insanity with the „echo sign“ well marked. (Fall von epileptischem Irresein mit ausgeprägtem „Echozeichen“.) (Americ. journ. of insanity. April 1884. S. 404.)

Der Kranke wiederholte in seinen Reden einzelne Worte oder kurze Sätze 2—3 mal z. B. „Guten Morgen Doctor, Doctor, Doctor; guten Morgen Doctor.“ Dies Symptom trat unmittelbar nach dem Erwachen aus mehrtägigem postepileptischem Coma auf und blieb mehrere Monate bis zum folgenden status epilepticus bestehen. Dem Erwachen ging regelmässig ein Lachen vorauf. Im dritten Anfalle starb der Kranke. Die Section wurde nicht gemacht.

Matusch (Sachsenberg).

---

514) **S. Danillo** (St. Petersburg): Ueber Epilepsie. (Wratsch 1884. Nro. 6.)

Nachdem Magnan und Frank gefunden, dass durch Absynthinjectionen epileptoide, tonische und klonische Krämpfe hervorgerufen werden und Magnan sowie Vulpian des weiteren gezeigt, dass dieselben auch nach Umschnürung beziehungsweise Durchschneidung des Rückenmarks in seiner Mitte sowohl in den oberen wie unteren Extremitäten auftreten, weisst Verf. nach, dass bei Hunden durch Absynthinjectionen epileptoide Krämpfe aller 4 Extremitäten hervorgerufen werden auch nach querer Durchschneidung des Gehirns gleich hinter den Sehhügeln, so dass also die Gehirnrinde als Ursache dieser Krämpfe mit Sicherheit ausgeschlossen ist. Weiter gelang es dem Verf. durch verschiedene Dosirung der Absynthinjection sowohl tonische als klonische oder nur tonische oder nur klonische Krämpfe hervorzurufen.

Durch Aethylalkohol wird die Erregbarkeit der Gehirnrinde stark herabgesetzt, bei starken Dosen bis auf Null. Bei gewissen Alkoholdosen wurde durch Tetanisiren des Gehirns direkt die klonische Krampfperiode hervorgerufen.

Durch Injection von Alkohol und Chloralhydrat ins Blut werden die epileptoiden Absynthkrämpfe verhindert.

Ferner bestätgt Verf. die Erfahrung, dass nach Erschöpfung der Muskel durch epileptoide Krämpfe, hervorgerufen durch Absynthinjec-

tion (Danillo) oder durch Tetanisiren des Gehirns (Franck und Pitres) eine weitere Absynthinjection keine Krämpfe mehr hervorruft, sondern psychische Aufregung, ähnlich der bei Epileptikern.

Buch (Helsingfors.)

---

515) **R. Lebrecht** (Hamburg): Ein Beitrag zur Encephalopathia saturnina cum amaurosi. (Berl. kl. Woch. 1884. Nro. 24.)

Ein Bleiarbeiter erkrankte an einem schweren typischen Colikanfall, nachdem Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, Arthralgien Monate lang vorausgegangen waren. 9 Tage nach dem Anfall war — neben den gewöhnlichen Symptomen der Bleivergiftung — *Stupor* und *vollständige Amaurose* vorhanden. Die Untersuchung des äusseren Auges ergab fast absolute Reactionslosigkeit der Pupillen, sowie eine geringe Insufficienz des Muscul. rect. int. Die ohthalmoscopisch auffindbaren Veränderungen bestanden nur in geringer venöser Hyperämie und leichter Verschleierung der circumpapillären Zone. Nächdem Jodkali und Strychnin nitr. (0.004 p. die subcutan) 2 Tage lang angewendet waren, trat rasche Besserung ein, die nach einigen Wochen in vollkommene Genesung endete. — Verf. hält bei der Therapie die Entfernung der causa nocens für am wichtigsten. Dieselbe würde den solcher Art Erkrankten meistens relativ früh zu Theil, da sie durch die Gesichtsstörungen an weiterer schädlicher Arbeit verhindert werden. Daraus erklärt sich der günstige Verlauf der bisher bekannten Bleiamaurosen.

Langreuter (Dalldorf).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bunzlau, II. Arzt, M. 2400, freie Wohnung etc. 2) Leipzig, Irrenklinik, Assistenzarzt, 1. Oct. 1500 M., fr. Stat. 3) Allenberg, Volontairarzt. 4) Dalldorf, Volontairarzt, 600 M. 5) Illenau, Hilfsarzt, 1200 M., freie Station. 6) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt sofort, erstes Jahr M. 1440, zweites Jahr M. 1620. Verpflichtung auf 2 Jahre. 7) Kaiserswerth, 3000 M. freie Wohnung. 8) Eichberg im Rheingau, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 9) Eberswalde, Provinzialirrenanstalt, 2. Hilfsarzt, 1200 M., freie Station. Meldung sofort zu richten an Geh. Sanitätsrath Dr. Zinn, Eberswalde. 10) Andernach (Prov.-Irren-Anstalt), Volontairarzt sofort; 600 M., freie Station. 11) Leubus (Schlesien), III. Arzt, 1500 M., freie Station.

Notiz.

Anzeigen, die in das Central-Blatt aufgenommen werden sollen, sind nicht an mich, sondern an die Expedition, Herrn Theodor Thomas in Leipzig einzusenden.

Erlenmeyer.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 15. Oktober 1884. Nro. 20.

INHALT.

I. Originalien. Möbius: Neue Fälle von Tabes bei Weibern.

II. Original-Vereinsberichte. 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg vom 18.—23. September 1884.

III. Referate und Kritiken. Schou: Untersuchungen über den Bau der peripheren markhaltigen Nervenfasern. De Varigny: Ueber die Aenderungen der Rindenerregbarkeit bei Applicirung von Kälte auf die Gehirnoberfläche. Bechterew und Rosenbach: Zur Physiologie der Zwischenwirbelkanten. Mann: Fall von einer apoplectischen Bulbärparalyse. Ross: Vertheilung der Anästhesie in Fällen von Erkrankung der Zweige und der Wurzeln des plex. brach. Johnson: Vergiftung durch Conserven. Hadden: Chorea. Hallager: Ueber Epilepsie. Bucknill: Ueber die Beziehung zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen. Maudsley: Der moralische Sinn und der Wille bei Verbrechern.

IV. Personalien.

I. Originalien.

Neue Fälle von Tabes bei Weibern.

Von

Dr. P. J. MÖBIUS.

Seit meinen letzten Veröffentlichungen in diesem Centralblatt (Nro. 9 und 12) bin ich bemüht gewesen, weitere Fälle von Tabes zu sammeln. Die Güte einiger meiner verehrten hiesigen Collegen hat mir es möglich gemacht, in verhältnissmässig kurzer Zeit 13 weitere Kranke zu untersuchen. Ich will zunächst kurz die Krankengeschichten erzählen.

VI. Frau L., Handelsfrau, 37 Jahre alt, stammte aus gesunder Familie und war früher stets gesund und kräftig. Sie verheirathete sich mit 27 Jahren, gebar 2 gesunde Kinder, nach 4 Jahren aber starb der Mann. Ein Jahr danach nahm sie einen 2. Mann. Von demselben erfuhr sie später folgendes. Er war von je liederlich, dem Trunke und den Weibern ergeben. Seine Frau 1. Ehe hatte am Leibe bräunliche Flecken bekommen und hatte ein Kind geboren, das bald von Ausschlag bedeckt gestorben war. Der herbeigerufene Arzt hatte dem Mann Vorwürfe gemacht, dass er Frau

und Kind mit Syphilis angesteckt habe. Nachdem Frau L. etwa $^1/_2$ Jahre lang mit diesem Manne verheirathet war, schwollen ihr die Leistendrüsen an und sie liess sich deshalb öfters „streichen". Weitere Zeichen von Syphilis hat sie an sich nicht bemerkt, obwohl sie selbst der Meinung ist, ihr Mann habe sie angesteckt und mehrmals bemerkt hat, dass er ein krankes Glied hatte. Nach $3^1/_2$ jähr. Ehe starb der Mann an Lungenschwindsucht. Geboren hat sie in der 2. Ehe nur einmal, das Kind starb bald an Krämpfen. Ob Aborte vorgekommen sind, weiss sie nicht. Starke Blutungen hatte sie mehrmals, bezog dieselben aber auf Senkung der Gebärmutter. Kreuzschmerzen, Stuhl- und Urinbeschwerden, welche seit einer Reihe von Jahren bestehen, werden ebenfalls dieser Veränderung schuldgegeben.

Vor einem Jahre nun begann „Reissen" in den Beinen, die Sohlen wurden taub, im Ulnarisgebiet trat Kribbeln auf und die Hände wurden ungeschickt. Ebenfalls seit einem Jahre ist das linke Auge geschlossen. Vor 9 Monaten traten sehr heftige Schmerzen im Vorder- und Hinterkopf, besonders aber in den Schläfen auf, welche mit Unterbrechungen etwa 3 Monate lang anhielten. Seit ihrem Aufhören ist die linke Lidspalte wieder etwas offen. Frau L. meint, ihre jetzige Krankheit sich durch Erkältungen zugezogen zu haben. Sie habe sich viel in einer kalten Küche aufgehalten und habe auf der Fahrt nach dem Marktgeschäft, welches sie seit 18 J. betreibt, oft sehr gefroren. Die Augenlähmung sei eingetreten, als sie mit dem durch Waschen feuchten Kopfe in's Freie ging.

Die Kr. ist eine hochgewachsene, stattliche Frau mit blasser Haut und bleichen Lippen, mit schlaffer Muskulatur. Es besteht weder Ataxie noch deutliche Anästhesie der Beine. Von Zeit zu Zeit treten stechende Schmerzen in den Beinen ein, das Taubheitsgefühl in der Sohle hat sich angeblich gebessert. Das Kniephänomen fehlt beiderseits. Lebhafter als in den Beinen sind die Schmerzen, welche tagelang vom Ellenbogen zum 4. und 5. Finger hinziehen, sie am Nähen hindern und arges Taubheitsgefühl hinterlassen. Es bestehen leichte Anästhesie der Finger und Andeutungen von Ataxie der Hände. Am meisten klagt die Kr. über den Kopf. Die ganze linke Gesichtshälfte kommt ihr wie todt vor, Zähne und Zahnfleisch sind wie abgestorben, sie kann links nicht kauen. Zuweilen treten in der linken Gesichtshälfte leichte (objectiv wahrnehmbare) Zuckungen ein, öfter spannende und stechende Schmerzen. „Es reisst" in den Kiefern beiderseits und brennende Schmerzen sitzen zeitweise in der Tiefe der Augenhöhlen, die dann links auch am inneren Augenwinkel und längs des Nasenrückens sich hinziehen. Die Stirn erscheint der Kr. kalt wie Eis und ist oft von kaltem Schweiss bedeckt. Zuweilen besteht starker Schwindel und zwingt die Kr. tagelang im Bett zu liegen. Die Untersuchung ergiebt eine geringe, aber deutliche Abstumpfung der Empfindlichkeit der linken Gesichtshälfte. Die beklagte Schwäche der linken Kaumuskeln giebt sich objectiv nicht kund. Beide Pupillen sind ziemlich eng, die rechte etwas enger als die linke, beide sind ganz starr. Das Sehvermögen beiderseits gut. Die Beweglichkeit des rechten Auges

ist ganz ungestört, dagegen besteht links Lähmung aller Oculomotoriusäste. Die Ptosis ist fast vollständig, passiv kann das Lid nur nach Ueberwindung eines gewissen Widerstandes gehoben werden. Der Bulbus ist nach aussen unten gerichtet, bei Bewegungsversuchen tritt deutliche Raddrehung ein. Mit Anstrengung kann Pat. den linken Bulbus gradeaus richten, es tritt dabei deutliche Secundärablenkung des rechten Auges ein. „Ich schiele dann", sagt die Pat. Anästhetisch ist das linke Auge nicht. Sonstige Störungen von Seiten der Hirnnerven bestehen nicht.

Descensus uteri. Keine Zeichen von Syphilis. Von den Ergebnissen der mehrmonatlichen Beobachtung erwähne ich hier nur, dass sich während derselbeu deutliche Ataxie der Beine einstellte.

Diesen Fall habe ich etwas genauer beschrieben, weil er, abgesehen von der wohl zweifellosen früheren Infection, durch die Hirnsymptome interessant ist. Das Intervall zwischen Infection und Tabes ist relativ klein, beträgt etwa 5 Jahre.

VII. Frau Gr., 38 Jahre alt, Gutsbesitzers Frau, stammt aus gesunder Familie. Nur die Mutter hatte an einer Nervenkrankheit gelitten, sie ist wahrscheinlich an einem Hirntumor gestorben. Die Pat. war vollständig gesund bis zum 25. Jahre. In diesem Jahre wurde sie von einem syphilitischen Mann, mit dem sie ausserehelich verkehrte, angesteckt. Schmerzen in und gelblicher Ausfluss aus den Genitalien traten ein, die Leistendrüsen schwollen faustdick an, nach mehreren Wochen wurde der Hals entzündet und fielen die Haare aus. Im 8. Monat trat Frühgeburt ein, das Kind starb aber bald nach der Geburt. Mit 28 J. heirathete Pat., hat aber in ihrer 10 jähr. Ehe nicht geboren. Seit 3 Jahren bestehen „rheumatische" Schmerzen in den Beinen, seit $1^1/_2$ Jahre hat sich allmälich Lähmung der Augen entwickelt. Von Zeit zu Zeit trat auch im Kopfe Reissen ein und zeigten sich eigenthümlich brennende Schmerzen hinter den Augen. Erbrechen begleitete dieselben nicht. Die Kr. ist untersetzt und kräftig. Mässiger Schwachsinn. Das Kniephänomen fehlt. Keine deutliche Anästhesie. Puls 100. Am rechten Auge, welches seit $1^1/_2$ J. krank ist, bestehen: Ptosis, Mydriasis mit Accommodationslähmung, Paralysis Rect. int., Paresis Rect. sup. et inf., Contract secund. Recti ext. Am linken Auge, seit 7—8 Monate krank: leichte Ptosis, Paresis Rect. sup., inf., int., Iridoplegia und Cycloplegia. Deutliche Residuen von Syphilis bestehen nicht. Leider entzog sich die Kr. nach einigen Wochen der Beobachtung. Ausser der Infection wurden keine andere Schädlichkeiten genannt.

VIII. Frau M., Bogenfängerin in einer Buchdruckerei, 36 Jahre alt, war mit 16 Jahren durch ein krankes Mädchen, mit welchem sie zusammen schlief und welches nachher an Syphilis lange krank lag, angesteckt worden. Ueber das Wie der Ansteckung spricht sie sich nicht aus. Es traten Ausfluss und Anschwellung der Leistendrüsen ein, deren eine eiterte. Mit 31 Jahren verheirathete sich die Kr. und blieb kinderlos. Der Mann starb vor 3 Jahren an „Schlag".

Sie klagt „seit längerer Zeit" über Schmerzen, Spannen und Ge-

fühllosigkeit in den Füssen, besonders dem linken. Vor einem $^1/_2$ J. zeigte sich am linken Schienbein ein Knoten, welcher nach einigen Monaten wieder verschwand. Mehrmals sind „Ohnmachten" eingetreten. Das Kribbeln nimmt neuerdings oft die ganze Seite ein.

Die Kr., eine kleine schwächliche Frau, ist deutlich schwachsinnig. Die Pupillen sind ziemlich weit und sehr träge, die linke ist weiter als die rechte. Das Kniephänomen fehlt. Beide Füsse und die untere Hälfte der Unterschenkel sind gegen einfache Berührungen unempfindlich. In der linken Leistenbeuge findet sich eine 1 Ctm. lange Narbe. Die Leistendrüsen sind beiderseits vergrössert. Die inneren Genitalien anscheinend normal.

Ueber den Beginn der nervösen Symptome war hier wegen des Schwachsinns der Kr. kein genauer Aufschluss zu erhalten, immerhin scheint das Intervall mehr als 15 Jahre zu betragen.

IX. Frl. R., früher Kammermädchen, jetzt Näherin, 40 J. alt, welche ich schon 1879 – 81 wegen ihrer Tabes behandelt habe, stammte aus gesunder Familie, nur sollen beide Eltern zu Trübsinn geneigt gewesen sein. Sie lebte in guten Verhältnissen und war gesund bis zum 18. Jahre. Damals erkrankte sie mit Schmerzen in den Genitalien und etwas Ausfluss. Kurz danach schwollen die Leistendrüsen an und zeigten sich „Bläschen" am Eingange der Genitalien. Erst nach mehrmonatlichem Bestehen dieser Symptome vertraute sie sich einem homöopathischen Arzte an, unter dessen medicamentöser Behandlung nach weiteren 3 Monaten vollständige Heilung eintrat. Der Erkrankung war geschlechtlicher Verkehr vorausgegangen, welcher mit demselben Manne auch in den folgenden Jahren fortgesetzt wurde. Mit 21 J. gebar die Pat. einen anscheinend gesunden Knaben, welcher nach 5 Wochen, angeblich an einem Herzfehler, starb. Nie sollen secundäre Symptome aufgetreten sein, auch von Syphilis ihres „Bräutigams" weiss die Pat. nichts. Bald nach jener Geburt begannen reissende und stechende Schmerzen in beiden Beinen, welche in immer intensiver werdenden Anfällen auftraten, später auch an Rumpf und Armen sich zeigten und bis heute bestehen. Nach einigen Jahren wurden die Füsse unempfindlich und der Gang unsicher, traten Blasen- und Darmbeschwerden auf.

Z. Z. sind die hauptsächlichsten Symptome: verbreitete Analgesie, besonders an den Beinen stark, ausgeprägte Ataxie der Beine, Magerkeit und Schlaffheit der Muskulatur, links Verunstaltung des Fusses, ähnlich der von Charcot „Tabesfuss" genannten, zeitweises Auftreten von Oedem und Blutblasen an den Füssen, Fehlen des Kniephänomens, hochgradige Myosis und reflectorische Pupillenstarre, perverse Geruchs- und Geschmacksempfindung. Endlich trat bis vor einigen Jahren zeitweise melancholische Verstimmung auf (vergl. Schmidt's Jahrb. 190, p. 281).

Dieser Fall zeigt, wie schwer es ist zu sagen, ob ein Weib syphilitisch gewesen ist oder nicht. Die sehr verständige Kr. ist über die Natur ihrer sexuellen Erkrankung ganz im Unklaren, sie hat sich ihrer erst erinnert, als ich sie neuerdings eingehend befragte. Der

homöopath. Arzt ist todt, der „Bräutigam“ desgleichen. Irgend welche Residua der Infection fehlen. Das Intervall würde hier nur 4—5 J. betragen haben.

X. Frau F., Handelsmanns Ehefrau, 39 J. alt, Jüdin, war früher gesund gewesen und hatte mehrere gesunde Kinder geboren. Vor 10 Jahren ist sie durch ihren Mann syphilitisch inficirt worden. Sie bekam einen Hautausschlag und Geschwüre im Hals. Die Krankheit wurde ärztlich constatirt und behandelt. Ein vor 9 Jahren geborenes Kind war nach 3 Wochen mit einem Ausschlag an Händen und Füssen gestorben. Seit 3 Jahren bestehen lanzinirende Schmerzen in den Füssen. Nachdem die Kr. vor $^5/_4$ Jahr zum ersten Mal wieder seit 9 Jahren geboren hat, sind die Schmerzen stärker geworden, hat sich Kribbeln in den Beinen eingestellt und ist der Gang unsicher, sodass die Kr. erst seit dieser Geburt sich krank fühlt.

Z. Z. bestehen an der mittelgrossen hageren Frau: Gürtelgefühl, Fehlen des Kniephänomens, Anästhesie und Ataxie der Beine. Syphilitische Symptome sind seit der spezifischen Behandlung nicht wiedergekehrt. Auch jetzt finden sich keine solchen, nur die Nackendrüsen sind leicht geschwollen. Das jüngste Kind ist schwächlich, aber anscheinend gesund. In diesem sehr klaren Falle betrug das Intervall 7 Jahre.

XI. Frau Sch., Krämer's Ehefrau, 44 J. alt. Ihr blühender, kräftiger Mann betheuerte, nie syphilitisch gewesen zu sein, auch die Frau leugnete. Als sie aber mit mir allein war, brach sie in Thränen aus und erzählte mit der flehentlichen Bitte, sie nicht zu verrathen, dass sie als 18jähriges Mädchen einige Wochen nach einem Beischlaf mit brennenden Schmerzen in den Geschlechtstheilen erkrankt sei. Sie sei zu einem Arzt gegangen, dieser habe sie untersucht, ihr dann in den Mund gesehen, habe einige Wochen lang Pillen und dann noch mehrere Wochen Thee gegeben. Allmählich hätten die Beschwerden aufgehört, doch gingen am Schlusse der Behandlung die Haare aus. Von Ausschlag u. s. w. will die Pat. nichts wissen, doch hat es den Anschein, als ob sie nicht alles sagen wollte. Mit 23 J. erkrankte die Pat. an Anfällen heftiger Stirnkopfschmerzen, die mit grosser Uebelkeit und wiederholtem wässerigen Erbrechen verbunden waren. Dieselben kehrten alle 3 Wochen wieder und bestehen auch jetzt noch. Die Mutter der Pat., eine gesunde Frau, hat nicht an Migräne gelitten. Mit 32 J. heirathete die Pat. und gebar in der Folge 4 gesunde, jetzt noch lebende Kinder. Aber schon im 34. Lebensjahre trat Doppeltsehen auf, welches 3 Monate lang anhielt. Vor 7 Jahren, nach der schweren, mit starken Blutverlusten verbundenen Geburt des 3. Kindes wurden die Beine der Pat. schwach und unsicher. Von diesem Zeitpunkt datirt die Pat. ihre Krankheit. Die 4. Geburt verlief normal, die Schwäche der Beine aber nahm zu und seit 5 J. treten auch Anfälle stechender Schmerzen theils in den Unterschenkeln, theils in der Herzgegend ein. Die Füsse waren damals wie eingeschlafen, wie in Watte gepackt. Doch hat sich diese Störung mit der Zeit wieder verloren. Die Urinentleerung ist normal, nur nach den migräne-

artigen Anfällen tritt Polyurie ein. Im letzten Jahre sind die Schmerzen in den Beinen sehr heftig gewesen. Die Kr. krümmte sich im Anfall und schrie laut.. „Kinderkriegen ist nichts dagegen.“ Nach jedem Anfall waren die Zehen vorübergehend gefühllos. 1876—83 hat die Kr. eine dumpfe Wohnung mit einem feuchten Verkaufsgewölbe gehabt und giebt dieser die Verschlimmerung ihres Zustandes schuld.

Z. Z. ist die äusserst abgemagerte Frau unfähig zu gehen. Die Bewegungen der Beine sind atactisch, aber kräftig. Deutliche Anästhesie ist nicht vorhanden. Das Kniephänomen fehlt. Die Pupillen reagiren gegen Licht, die rechte aber ist doppelt so gross als die linke. Herz gesund. Kein Zeichen von Syphilis.

Wenn man in diesem Falle die migräneartigen Anfälle als Tabessymptome betrachtet, beträgt das Intervall 5 Jahre, lässt man die Tabes erst mit der Diplopie beginnen, 15 Jahre.

XII. Frau H., Hausmann's Ehefrau, 41 J. alt, stammt aus gesunder Familie und war bis zu ihrer Verheirathung immer gesund. Nach 3monatl. Ehe bekam sie einen Ausschlag um die Genitalien, welcher 4 Wochen lang dauerte, und Flecken am ganzen Körper; die Leistendrüssen schwollen an und eine derselben vereiterte. Nach einem Jahre gebar Pat. ein faultodtes 8monatliches Kind. Das 2. Kind war gesund, das 3. hatte von Anfang an Schwären und litt an Husten, es starb bald an Diphterie. Pat. hat dann noch 4 gesunde Kinder geboren. Der Mann will nie Syphilis gehabt haben. Seit 6 Jahren bestehen schiessende Schmerzen in den Beinen und im Rücken. Vor 3 Jahren fühlte Pat. einen todten Streifen um die Brust, der Gang wurde unsicher und schon 2 Monate später war die Pat. unfähig zu stehen und gehen. Sie klagt ausser den Schmerzen über Taubheitsgefühl, das bis zum Rumpfe reicht, über Pressgefühl in den Beinen, Anfälle von Schmerzen in der Magengegend und Erbrechen, welche etwa 3—4 Tage lang auftraten und während deren sie „quittengelb“ aussieht, über Obstipation und Blasenbeschwerden.

Mittelgrosse magere Frau. Es besteht Ataxie und mässige Anästhesie des Unterkörpers, das Kniephänomen fehlt, die Pupillen sind ziemlich eng, die rechte enger als die linke, und starr. In der linken Leistengegend eine oberflächliche Narbe. Sonst keine Zeichen von Syphilis.

Leider habe ich in diesem Falle nicht notirt, wie alt die Pat. bei der Verheirathung, bez. Infection war.

XIII. Frau P., 67 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und war als Mädchen immer gesund. Heirath im 31. Jahre. Nach 1 Jahre Geburt eines gesunden Kindes. Nach 3jähriger Ehe Abort. im 6. Monat, angeblich nach einem Fall, nach 5jähr. Ehe 2. Abort., angeblich nach Druck auf den Leib. Um diese Zeit (Genaueres kann die Pat. nicht angeben) traten Geschwüre an beiden Beinen, am rechten Arme und am Halse ohne bekannte Ursache auf. Dieselben sahen bräunlich aus, entwickelten sich und heilten langsam. Weitere Geburten folgten nicht. Der Mann wurde nachdem er eine Zeit lang sonderbar gewesen, geisteskrank und starb nach 1 jähr. Anstaltsaufenthalt

(progressive Paralyse?). Pat. weiss nicht anzugeben, ob ihr Mann oder sie selbst Syphilis gehabt, sie habe von dergleichen nichts gewusst und nicht Zeit gehabt, sich um ihren Körper zu bekümmern.

Vor etwa 30 Jahren begannen nach einer starken Erkältung (Durchnässung beim Gehen durch Schnee) die lanzin. Schmerzen in den Beinen, welche später in sehr heftigen Anfällen auftraten. Später gesellten sich dazu Incontinenz und Schwäche der Beine, Doppeltsehen (vor 20 Jahren) u. s. w.

Z. Z. besteht u. a.: Pupillendifferenz, starke Ataxie, mässige Hautanästhesie, complete Muskelanästhesie der Beine. Fehlen des Kniephänomens. Die rechte Niere steht tief und ist beweglich. Auf der Haut eine Anzahl weisser, etwas eingezogener, strahliger, z. Th. serpinigöser Narben, etwa 6 kleinere am Hals, einzelne markstückgrosse am rechten Vorderarm und rechten Oberschenkel, 2 zweimarkstückgrosse neben einander am linken Oberschenkel.

XIV. Frau Gr, Handarbeiter's Ehefrau, 38 Jahre alt, stammt von einer gesunden Mutter, von einem Vater, der, bei ihrer Geburt 23 J. alt, mit 33 J. irrsinnig wurde und mit 36 J. starb. Pat. war früher gesund, hat 1866 die Cholera, 1867 „eine Art Kopfrose" gehabt. 1873 Heirath. Erst 1879 erfolgte die Geburt eines gesunden Kindes, dem 1881 ein zweites folgte. Seit 6 Jahren besteht Reissen in den Beinen, für welches Pat. keine Ursache weiss, seit 3 J. (seit dem 2. Wochenbett) Incontinenz, seit 1 J. Sehschwäche. Sowohl die Frau als der Mann leugnen jede syphilitische Infection.

Mittelgrosse, ziemlich kräftige Frau. Mittelweite, starre Pupillen. Beträchtliche Amblyopie mit Atrophia N. optici, wegen deren Pat. sich in augenärztlicher Behandlung befindet. Fehlen des Kniephänonomens. Mässige Anästhesie der Füsse und Unterschenkel. Lanzin. Schmerzen in den Beinen und im ganzen Kopfe. Schwindel. Das linke Knie ist beträchtlich geschwollen und schmerzhaft, Pat. ist angeblich vor einigen Tagen gefallen.

In diesem Falle war also nichts von Infection zu erfahren. Ich muss aber hervorheben, dass ich diese Kranke nur einmal und zwar in Gegenwart ihres Mannes untersuchen konnte. Man denke daher an Fall XI!

XV. Frau P. H., Glaser's Ehefrau, 51 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und war selbst als Mädchen stets gesund. Mit 23 J. heirathete sie einen liederlichen Mann, welcher zeitweise an Ausschlag litt und vor 18 J. gestorben ist. Bald nach der Hochzeit trat ein gelblicher Ausfluss aus den Genitalien auf, welcher 3—4 Wochen anhielt. Ob dabei Drüsen geschwollen waren etc., weiss die Kranke nicht. Vorher und nachher habe sie nie an Ausfluss gelitten. Im 1. Ehejahre fielen ihr vorübergehend die Haare aus. Im 30. Jahre erste Geburt: gesunde Zwillinge. Im 31. J. Abort. Ein 2. Abort folgte im 40. J., als die Pat. mit einem 2. Manne, welchen sie vor 8 J. geheirathet hat, in Verbindung stand.

Nach der 1. Geburt traten Schwäche der Beine und Schmerzen im Rücken ein. Bald nachher „Unterleibsentzündung" und „Augen-

entzündung“ (nach der Beschreibung Blennorrhoe). Anfallsweise zeigten sich blitzende Schmerzen in den Beinen, das Gehen wurde immer schwieriger. Vor 17 J. Anfälle von heftigen Magenschmerzen mit Erbrechen, welche 3—4 Tage anhielten und alle paar Wochen wiederkehrten. Dieselben haben seit der Involution (im 45. J.) aufgehört. Pat. hatte viel an Blasenbeschwerden zu leiden, doch sind auch diese in den letzten Jahren geringer geworden. Seit 4 J. liegt Pat. fest.

Magere Frau mit schlaffer Musculatur, mit weiten starren Pupillen, ganz blind (complete Atrophia opt.), macht mit den Beinen ungeschickte und kraftlose Bewegungen im Bett, ist völlig unfähig zu stehen oder zu gehen. Starke Anästhesie der Beine. Fehlen des Kniephänomens. Mässige Incontinentia urinae, hartnäckige Obstipation. Alle paar Tage lanzin. Schmerzen in den Beinen und im Kreuz.

Ganz geringe Schwellung der Leisten- und Nackendrüsen. Keine sonstigen Zeichen von Syphilis. Hier hatte das Intervall etwa 7 J. gedauert.

XVI. Frau M., Buchhalter's Wwe., 40 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und war als Mädchen immer gesund. Heirath im 19. Lebensjahre. Etwa $^1/_2$ J. nach der Hochzeit schwollen die Leistendrüsen an und zeigten sich zwischen den Genitalien und den Schenkeln „himbeerartige“ Gebilde, jederseits einige. Dabei bestand starkes Brennen. Pat. machte nur kalte Aufschläge und nach einigen Wochen schwanden die Gebilde. Weder Aborte noch Geburten kamen vor. Der Mann erkrankte mit 47 J. plötzlich (Apoplexie?), wurde geisteskrank und starb mit 49 J. an „Schlag“.

Vor 18 J. traten zuerst blitzende Schmerzen in den Beinen auf, welche mit der Zeit stärker und zeitweise unerträglich heftig wurden. Vor 5 J. cessirten die Menses, zu gleicher Zeit begannen heftige Anfälle von Gallenerbrechen und eine progressive Gehstörung. Jetzt treten alle 3—4 Wochen Anfälle von Würgen und Schleimerbrechen auf, die oft zu erstickungsähnlichen Zuständen führen und hinter denen die schlimmsten lanzin. Schmerzen folgen.

Kleine magere Frau mit schlaffer Musculatur. Pupillen mittelweit, mit unregelmässigen Conturen, reagiren kaum gegen Licht. Rechts etwas Ptosis. Schmerzen im ganzen Kopf, derselbe ist „wie wund“. Anosmia, die Nasenschleimhaut trocken und glatt. Geschmack vermindert, die Zunge trocken und glatt, besonders in der Mitte. Tönende mühsame Inspiration, leicht belegte Stimme, laryngoskopisch: Lähmung der Stimmbandabductoren. Ataxie und Anästhesie aller 4 Glieder. Nur wenige atactische Schritte möglich. Fehlen des Kniephänomens. Intensive hartnäckige Obstipation. Leistendrüsen nur links etwas geschwollen. Keine sonstigen Zeichen von Syphilis.

Hier würde das Intervall nur etwa 4 Jahre betragen haben.

XVII. Frau A. K., Former's Ehefrau, 36 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und war als Mädchen stets gesund. Mit 17 J. gebar sie ein Kind, welches „ausgewachsen“ war und mit $1^1/_2$ J. starb. Mit 18 J. hatte sie die Krätze. Mit 19 J. ein 2. Kind, das nach 16 W. an Krämpfen starb. Mit 20 J. ein 3. Kind, welches nach 3 J.

an Gehirnentzündung starb. Vor 12 J. begann sie mit ihrem jetzigen Manne zu cohabitiren. Derselbe war einige Monate vorher von einem kranken Mädchen in der Nachbarschaft angesteckt worden und war deshalb im Lazareth zu Marienberg behandelt worden. Einige Zeit nach Beginn des Verkehrs zeigte sich ein Ausfluss aus den Genitalien, welcher die Schenkel anätzte. Ob Drüsenanschwellung, Haarausfall u. s. w. aufgetreten, weiss sie nicht mehr. Halsbeschwerden habe sie oft gehabt, auch damals (scheint Angina tonsill. gewesen zu sein). Vor 10 J. Geburt eines gesunden, jetzt noch lebenden Knaben. Aborte kamen angeblich nicht vor. Vor 7 Jahren „Unterleibsentzündung", sie hatte „auf's Blut verschlagen". Nach 4 monatl. Amenorrhoe Beginn der Metrorrhagien, welche sie 1883 in gynäkologische Behandlung führten. Nach Erweiterung der Cervix ergab die intrauterine Untersuchung (Dr. S ä n g e r) ein interstitielles Myom im hinteren Theile des Fundus uteri. Die Pat. bekam zunächst Secale cornutum und wurde dann mit subcutanen Ergotininjectionen behandelt. Während anfänglich nichts auf eine nervöse Erkrankung gedeutet hatte, zeigte sich nach zweimonatl. Behandlung (25 Injectionen Juli bis September 1883) plötzlich Ataxie des Ganges. Man fand nun Pupillenstarre, Fehlen des Kniephänomens, Parästhesien etc. Pat. selbst giebt an, dass sie zwar schon vor der Unterleibsentzündung „ein bischen Reissen" in den Beinen gehabt habe, dass seit jener die Beine nicht mehr wie früher gewesen seien, dass sie stärker aber erst seit der Einspritzungskur erkrankt sei.

Mittelgrosse, blasse Frau mit schlaffer Muskulatur. Pupillen gleich und ziemlich weit, die rechte reagirt wenig, die linke gar nicht gegen Licht, beide gut bei Convergenz. Seit 4 Jahren jedes Jahr ein Anfall eigenthümlicher Sensationen im Kehlkopf, es brennt darin und beim Essen und Husten ist es „als ob etwas darin flatterte". Nach einigen Wochen geht der Zustand vorüber. Im Uebrigen Oberkörper ganz frei. Hochgradige Ataxie der Beine, kann sich nur an Möbelstücken festhalten. Anästhesie bis zur Mitte der Unterschenkel. Umfallen bei Augenschluss. Beim Gehen ist alles „wie Gummi". Gürtelgefühl. „Als ob eine eiserne Platte auf dem Magen läge". Kein Kniephänomen. Die Grosszehennägel bräunlich, verdickt, höckerig, sind „oft" abgefallen. Am ganzen Körper zahlreiche weisse, linsen- bis fünfpfennigstückgrosse Narben, angeblich von der Krätze herrührend. Keine Zeichen von Syphilis.

Wenn auch in diesem Falle eine Infection sehr wahrscheinlich ist, so sind doch die Angaben der Pat. etwas verschwommen. Dagegen ist der Fall sehr interessant wegen der acuten Verschlimmerung, welche während der Ergotinbehandlung eintrat.

XVIII. Frau H., Steinhauer's Ehefrau, 46 Jahre alt. Der Vater starb an „Schlag", Mutter und Geschwister gesund. Pat. war als Mädchen gesund, gebar mit 24 J. ein Kind, welches nach 7 Wochen starb, heirathete ihren jetzigen Mann mit 26 J., litt im 1. Ehejahre an Ausfluss aus den Genitalien und Brennen in denselben, gebar mit 28 und mit 30 Jahren je ein gesundes Kind, welche beide noch leben,

abortirte 2 mal, im 32. und 36. Jahre, ohne nachweisbare Ursache nach den ersten Monaten der Schwangerschaft. Der Mann soll solid sein, Zeichen von Syphilis hat Pat. angeblich weder an ihm noch an sich bemerkt. Erst seit 3 Jahren bestehen reissende Schmerzen, Parästhesien und zunehmende Schwäche der Beine, heftige Kopfschmerzen, Ohnmachtsanfälle, Blasenbeschwerden. Eine Ursache ihrer jetzigen Krankheit weiss die Pat. nicht anzugeben.

Kleine, ziemlich kräftige Frau. Myosis und reflector. Pupillenstarre. Arme frei, nur zeitweise Taubheit sämmtlicher Finger. Beine kräftig, aber atactisch. Pat. kann nur an Möbelstücken sich fortbewegen. Mässige Anästhesie des Unterkörpers, sitzt „wie auf Gummi", Gürtelgefühl in der Nabelgegend. Kein Kniephänomen. Starke rhachitische Verkrümmung der Beine. Das linke Knie ist etwas verdickt und empfindlich, soll schon in der Jugendzeit so gewesen sein. Obstipation und mässige Blasenbeschwerden. Pat. kann nur auf dem Abtritt uriniren, nicht auf dem Nachtgeschirr. Menses profus, aber regelmässig. Senkung des Uterus. Keine Zeichen von Syphilis.

Die Zahl der Fälle hätte sich leicht vermehren lassen, wenn ich ältere Fälle berücksichtigt hätte, oder solche, welche ich nicht selbst untersucht habe. Doch jeder, welcher sich die Mühe nimmt, meine Krankengeschichten durchzulesen, wird zugestehen, dass die Feststellung früherer Infection bei Weibern nur einer ad hoc unternommenen Anamnese gelingen kann, dass es ganz unwissenschaftlich wäre, alte Krankengeschichten oder gar Hospitalkrankengeschichten zusammenzustellen und dann zu sagen, nur so und so viel Pat. haben frühere Syphilis angegeben. Selbstverständlich ist es, dass diagnostisch unklare Fälle zurückgewiesen werden müssen. Wenn auch in der Regel die Tabes ein so scharf charakterisirtes Krankheitsbild darstellt, dass die Diagnose leicht ist, kommen doch von Zeit zu Zeit Fälle vor, bei denen sich nicht nur der Anfänger irren kann. Z. B. wurde mir letzthin die im Nachstehenden beschriebene Kranke mit der Diagnose Tabes zugeschickt.

Frau L., 64 Jahre alt, Handelsmanns Ehefrau, ist früher immer gesund gewesen. Sie gebar in erster Ehe 2 Kinder, deren eines nach 3 Tagen an Krämpfen starb, dass andere eine Frühgeburt war. Der Mann starb an Diabetes. Seit 30 Jahren lebt sie mit einem gesunden Manne in der 2. Ehe und hat mehrere gesunde, noch lebende Kinder geboren. Seit einem Jahre klagt sie über Taubheit der Fingerspitzen, über Schwäche der Unterschenkel und das Gefühl, als ob in den Schuhen Sand wäre. Reissende Schmerzen hat sie nie gehabt, nur bei Witterungswechsel Brennen in den Fusssohlen. Blase und Darm functioniren gut, nur treten seit $^1/_2$ Jahre oft präcipitirte Stuhlentleerungen ein. In den Unterschenkeln z. Z. ein fortwährendes „Arbeiten und Fliessen". Die Pupillen sind mittelweit, reagiren gut gegen Licht. Die Hände sind ungeschickt und zu feineren Verrichtungen unbrauchbar, nicht deutlich anästhetisch. Der Gang ist unsicher, die Bewegungen der Beine im Liegen atactisch. Vom Knie abwärts be-

steht mässige Anästhesie. Pat. schwankt bei Augenschluss. Das Kniephänomen fehlt, die Hautreflexe sind normal.

Das Fehlen der Schmerzen, der Blasenstörung, das normale Verhalten der Pupillen und das Freisein aller Hirnnerven lassen hier wohl mit Bestimmtheit die Tabes verneinen. Ich möchte mir nicht getrauen Tabes da zu diagnosticiren, wo gar keine Augensymptome bestehen. Zuerst aber machte mich im obigem Falle das Alter der Kr. stutzig. Dass eine 63 jähr. Frau an Tabes erkrankte, wäre eine grosse Seltenheit. Ich kenne weder aus eigener noch aus fremder Erfahrung einen glaubwürdigen Fall dieser Art. Dieses Fehlen der Tabes im höheren Alter ist ja leicht begreiflich, denn alte Weiber pflegen nicht mehr inficirt zu werden. Wenn freilich die Tabes durch Erkältung etc. entstände, wäre es nicht begreiflich. Ich möchte an dieser Stelle bemerken, dass senile Veränderungen unter Umständen Tabes incipiens vortäuschen können. Wie ich früher nachgewiesen, fehlt bei einem Theile der alten Leute das Kniephänomen, werden die Pupillen nicht nur eng, sondern auch zum Theile starr. Combiniren sich beide Veränderungen und kommen etwa neuralgische oder rheumatische Schmerzen in den Beinen und Blasenstörungen dazu, wie es ja im Alter häufig genug der Fall ist, so kann eine Art „Pseudotabes der Greise“ entstehen.

Die neuen 13 Fälle von Tabes bei Weibern reden eine deutliche Sprache und bekräftigen hinlänglich den Schluss, welchen ich aus meinen früheren Beobachtungen gezogen hatte, dass es nämlich auch bei tabeskr. Weibern in der Regel gelingt, die frühere Infection nachzuweissen, dass demnach die Behauptung, die Verhältnisse bei Weibern widersprächen der Beziehung der Tabes auf Syphilis, grundlos ist. Freilich liegt es in der Natur der Verhältnisse, dass der Nachweis der Infection mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft ist, und dass in vielen Fällen nur eine mehr oder minder grosse Wahrscheinlichkeit zu erreichen ist. Um den Grad der Wahrscheinlichkeit beurtheilen zu können, muss man das Detail des Falles kennen und desshalb habe ich es für nothwendig gehalten, nicht Zahlen zu geben, sondern Krankengeschichten.

Die zusammenfassende Betrachtung der 18 Fälle ergiebt nun in der Hauptsache folgendes.

Beim Beginne der Tabes waren die Kranken im Mittel 32 Jahre alt, die jüngste war 21, die älteste 43 Jahre alt. Alle hatten geschlechtlichen Verkehr gehabt, 17 waren verheirathet, eine hatte ausserehelich geboren. Tabes bei einer Jungfrau ist meines Wissens nie beobachtet worden. Auch habe ich nie Tabes bei einer Person gesehen, deren Charakter und ganze Lebensverhältnisse eine Infection unwahrscheinlich machten.

Schwere Syphilis war bei keiner der Kranken vorgekommen. Von tertiären Symptomen wurde nie etwas Sicheres bekannt (ev. die Ulcera bei XIII, der Schienbeinknoten bei VIII). Auch secundäre Symptome wurden nur in einem Theile der Fälle angegeben, so Ausschlag (X, XII), Halsgeschwüre (VII, X) Defluvium capillorum (IV,

VII, XI, XV), Condylome (XII ?, XVI). Häufiger wird von Ausfluss aus den Genitalien und Bubonen, bez. Schmerzen in den Genitalien berichtet (I, VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XV, XVI, XVII, XVIII). In anderen Fällen war die Syphilis nur aus der Syphilis des Mannes und Aborten zu erschliessen (II, III, IV). Aborte kamen überdem vor in den Fällen XIII, XV, XVIII, Frühgeburten in VII und XII. Syphilis der Kinder zeigte sich in X und XII. Sterilität folgte der anzunehmenden oder nachgewiesenen Infection bei I, V, VII, VIII, X (vorübergehend), XVI.

Da bei Weibern der Primäraffect oft genug ganz oder nahezu ganz unbeachtet vorübergeht, hat es nichts auffälliges, wenn die Kr. zum Theil nichts von einem solchen zu berichten wussten. Immerhin wäre es denkbar, dass sich die Sache noch etwas andersverhielte. Wir wissen, dass Weiber, welche mit einem syphilitischen Mann verkehrt, ev. syphilitische Früchte geboren haben, zuweilen nie die geringsten Zeichen von Syphilis darbieten und doch eine Veränderung erlitten haben, nämlich immun gegen die Infection geworden sind. Die Syphilidologen streiten, ob solche Weiber als Syphilitische zu betrachten seien oder nicht, man spricht wohl von *Syphilisation* und sieht den Vorgang als eine Art Impfung an. Es wäre nun möglich, dass diese Syphilisation genügte, um den Grund zur Tabes zu legen. Sollte zukünftige Beobachtung dies ergeben, so wäre daraus der Schluss zu ziehen, dass die Syphilisation eine wirkliche Infection darstellt.

Die Untersuchung ergab an den Patientinen *nie Zeichen von Syphilis*, abgesehen von leichten Lymphdrüsenschwellungen und alten Hautnarben. Dies bestätigt, dass es sich durchgängig um anscheinend sehr milde Syphilis gehandelt hatte. Da die Weiber, welche notorisch an Syphilis gelitten hatten, ebensowenig Symptome derselben zeigten wie die, bei denen die Sache zweifelhaft war, ergiebt sich von Neuem, dass ein negativer Status praesens bezüglich früherer Infection ganz irrelevant ist.

Das *Intervall* zwischen Infection und Beginn der Tabes liess sich bei 12 Weibern annähernd bestimmen. *Es betrug im Mittel 7 Jahre*, in minimo 4 J., in maximo etwa 15 J. (4 od. 5 mal 4—5 Jahre, 6 mal 7—9 Jahre, 1 od. 2 mal 15 Jahre).

Eine regelrechte *spezifische Behandlung* scheint nur 2 mal (I. und X.) ausgeführt worden zu sein. In beiden Fällen betrug das Intervall 7 Jahre. Es ist daher nicht wahrscheinlich, dass die Behandlung bezüglich des Eintrittes der Tabes von Bedeutung war. Da bei Tabeskr. überhaupt die Syphilis mild gewesen zu sein pflegt, ist in der Regel die Behandlung mehr oder weniger oberflächlich geblieben. Man hat nun die Sache so aufgefasst, das die Tabes eine Folge ungenügend behandelter Syphilis sei und sich verhüten liesse durch frühzeitige, energische und ausdauernde Syphilisbehandlung. Wenn nun auch die letztere vom practischen Gesichtspunkte aus zweifellos dringend zu empfehlen ist, so bleibt doch jene Auffassung unbewiesen. Wir wissen vor der Hand ganz und gar nicht, ob wir durch irgend welche Behandlung den Eintritt der Tabes verhüten können. Es drängt sich

der Gedanke auf, dass es in der Natur der Syphilis liege, wenn anscheinend milde Formen relativ häufig zu späterer Tabes oder progressiver Paralyse führen, anscheinend schwere Formen mit zahlreichen secundären und tertiären Symptomen dies in der Regel nicht thun.

Zu bemerken ist noch, dass mehrere der Kranken im Intervall oder nach Beginn der Tabes gesunde Kinder geboren haben: IX (?), X, XI, XII, VIV, XVII, XVIII, Fälle, aus denen besonders Nro. X. hervorzuheben ist.

Dass ich die Tabes nicht als Theilerscheinung der Syphilis auffasse sondern als eine Folgekrankheit, welche in anatomischer, prognostischer und therapeutischer Hinsicht sich anders als Syphilis verhält, habe ich früher (l. c.) bemerkt. Auf diese allgemeinen Beziehungen zwischen beiden Krankheiten will ich hier nicht zurückkommen.

Ueber die *Hülfs- oder Gelegenheitsursachen* der Tabes liess sich bei den 18 Pat. folgendes feststellen. Am häufigsten schienen *puerperale Vorgänge* die Entwickelung der Tabes beschleunigt zu haben, so traten die ersten Symptome auf bei IV nach Blutung bei Abortus, bei IX und XV nach einer normalen Geburt, wurde die Krankheit beträchtlich verschlimmert bei X nach einer Geburt, bei XI nach einer schweren Geburt mit starker Blutung. Dass die Schwächung durch Blutverluste von besonderer Bedeutung ist, zeigt auch Fall XVII, wo offenbar die durch ein Uterusmyom verursachten Blutungen verschlimmernd wirkten.

Eine einmalige *Erkältung* wurde nur bei XIII als Ursache der Krankheit angegeben. Aus einer älteren Beobachtung erinnere ich mich, dass bei einer Frau die ersten Tabessymptome nach einer Schlittenfahrt bei strenger Kälte aufgetreten waren. Wiederholte Kältewirkungen wurden angegeben bei III (?), V (?), VI, XI.

Deprimirende Gemüthsbewegungen schienen bei I eine Rolle gespielt zu haben, ev. auch bei III.

Bemerkenswerth ist die *Verschlimmerung durch Ergotin* bei XVII. *Neuropathische Anlage* bestand nur bei XIV (Irrsinn des Vaters) und bei IX (Neigung der Eltern zum Trübsinn, Anfälle von Melancholie bei der Pat.) Die Fälle VII (Hirntumor der Mutter) und XVIII („Schlag“ des Vaters) sind wohl kaum hierher zu stellen.

Keine Gelegenheitsursachen wurden angegeben bei II, V, VII, VIII, X, XII, XIV, XVI, XVIII.

Obwohl die meisten Pat. durchaus nicht den begüterten Ständen angehörten, hatten sie doch alle immer ihr Auskommen gehabt, von eigentlicher Noth berichtete keine.

---

1) Bei der Mehrzahl der tabeskranken Weiber liess sich in der Vorgeschichte Syphilis nachweisen, bei fast allen fanden sich Umstände, welche eine frühere Infection wahrscheinlich machten.

2) Bei Jungfrauen wurde Tabes nicht beobachtet.

3) Die Kranken waren beim Beginne der Tabes im Mittel 32 Jahre alt. Das Intervall zwischen Infection und Tabes betrug im Mittel 7 Jahre.

4) Die Syphilis war stets eine leichte gewesen. Deutliche Zeichen von Syphilis fanden sich weder bei denen, die notorisch inficirt gewesen waren, noch bei denen, die es nur wahrscheinlich gewesen waren.

5) Hülfsursachen der Tabes fehlten häufig ganz. Es fanden sich als solche puerperale Vorgänge, besonders Blutungen, in vereinzelten Fällen Erkältung, Gemüthsbewegungen, neuropathische Anlage.

II. Original-Vereinsberichte.

57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg vom 18.—23. September 1884.

Originalbericht von Dr. RICHTER, Dalldorf.

(Schluss)

516) **Kahlbaum** (Görlitz): *Ueber eine besondere klinische Form des moralischen Irreseins.*

Die Hebephrenie sei nicht die einzige Geisteskrankheit der Pubertätsperiode. K. hätte zum Unterschied von den in Allenberg beobachteten Fällen andere in seiner Privatanstalt gesehen. Diese hätten kein Stadium der Manie, der progressive Schwachsinn fehle, das formlose Benehmen und die Perversität seien da. Der Krankheitsprocess sei der Hebephrenie allerdings verwandt, hätte jedoch eine bessere Prognose. Kinder beregter Art stehlen plötzlich, dann wieder; Strafe nütze nichts. Es träte nun eine Veränderung in der geistigen Haltung des Individuums ein. Jetzt ginge es nun zu einem Prediger auf dem Lande oder in eine andre Erziehungsanstalt. Arme kämen in's Armenhaus. Manchmal glücke der Erziehungsversuch, häufig nicht. Die nach Amerika Geschickten kämen, ohne dass sie dort waren, zurück, die in's praktische Leben Geschickten kämen nicht fort, tränken. Es sei dies eine eigene Art des moralischen Irreseins das sich allerdings der Hebephrenie anschliesse, aber klinisch von ihr verschieden sei. Der Intellektmangel sei bei diesen Kranken nicht so hervortretend; es sei eine Ungleichmässigkeit der einzelnen Vorgänge vorhanden. Die Ergriffenen seien meist hereditär belastet, die Ascendenten hätten getrunken, die Ergriffenen böten organische Degenerationszeichen dar. Wie komme nun diese Krankheitsform zu Stande? Das Seelenleben des Kindes sei erst rein sensuell; dann entstünden Vorstellungen sinnlicher Bedürfnisse; nach wiederholten Vorstellungen entstünden Nebenwahrnehmungen secundärer, tertiärer Natur. Das sei die Grundlage der sittlichen Welt. In den Pubertätsjahren soll in dieser Beziehung ein Abschluss Statt finden. Seine neue Krankheitsgruppe beginne bei den „Fasern der moralischen Vorstellungen“ während die Hebephrenie bei den „Organen der direkten Wahrnehmung“ beginne. K. wolle die neue Form „Heboid“ (sic?) nennen. Moralische Symptome kämen bei allen Formen der Seelenstörungen vor; auch eine Hyperädosie könne krankhaft sein (bei Hysterie) nicht nur eine Anä-

dosie; der Begriff des moralischen Irreseins solle fallen, die Hebephrenie und das Heboid böten mehr Angriffspunkte zur Eintheilung. Auch die Altersdemenz zeige Immoralitäten.

v. Gudden schlägt auf Jehn's Anregung vor, erst Jehn's Vortrag anzuhören, der K.'s Thema streife und dann beide zu discutiren. Der Vorschlag wird angenommen.

517) **Jehn** (Merzig): *Beitrag zur Schulhygieine: „Pubertätszeit und Schülerüberbürdung.“*

Das elsass-lothringische Gutachten erkenne eine Ueberbürdung an; die Denkschrift des Ministeriums eigentlich auch; das Gutachten der wissenschaftlichen Deputation stelle sich auf einen vornehmen Standpunkt; es sage, es fehlen die Vorbedingungen zu einem wissenschaftlichen Gutachten, es könne also die Ueberbürdung nicht nachgewiesen werden. Das Gutachten der wissenschaftlichen Deputation berücksichtige die Periode des Zahnwechsels; vor ihr solle das Gymnasium nicht besucht werden; die Periode des 15. 16. Jahres hingegen berücksichtige es nicht. Die Jungen des 15. 16. Jahres können zeitweise plötzlich nicht mehr fort, es handle sich jedoch bei ihnen nicht um Hebephrenie oder Heboid, denn sie könnten diese Periode überwinden.

Lägen nun hier die Bedingungen einer Ueberbürdung wirklich vor? Eine Ueberbürdung läge nach dem Urtheil der wissenschaftlichen Deputation wirklich vor, wenn die Schüler den an sie gestellten Ansprüchen nicht genügen könnten und dieser Nachweis könnte eben wissenschaftlich nicht geliefert werden. Die Pubertät träte leider früher ein. Zu Folge des vielen Sitzens mache sich eine Wirkung auf die Genitalien geltend. Das Wachsthum sei in dieser Zeit oft ein rapides; die jungen Leute klagen oft halbseitigen Kopfschmerz und Zahnschmerz. Der Ablauf der normalen Pubertätsperiode lasse sich schlecht nachweisen. Connex zwischen Genitalien und Gehirnthätigkeit. Solche Kinder sollen nun trockne Themata anhören; es drängten sich ihnen ungekannte Gefühle auf; schlaff und ermüdet träten sie in diese Periode; sie seien unbeholfen, staubrig und in Folge dessen blöde; sie müssten berücksichtigt werden, denn das Wachsthum sei auch eine Thätigkeit. Nun kämen die „Flegeljahre.“ Das Geschilderte beobachte man schon an Gesunden, wie sähe es aber erst bei den Neuropathischen aus. Die sexuelle Entwicklung bringe Impulse, Triebe hervor. J. citirt nun Krafft-Ebing über diesen Punkt. K. E. komme dabei auf die Zwangsvorstellungen, hier streife sein Thema das von Kahlbaum. Auch des Brandstiftungstriebes müsse hier gedacht werden.

Häusler erzählte vom einem „Schlingel“, der jungen Mädchen auf der Strasse auf die Beine trat, so dass sie mehrere Tage im Bett liegen mussten. Ein andrer solcher Schlingel hätte nach den jungen Mädchen gestochen und sie geschnitten. In Münster hätten andere auf Frauen eingeschlagen. Petermann spreche von der erschreckenden Onanie als Erscheinung der schwierigen Pubertät. Das dürfe nicht zusammengeworfen werden. In Magdeburg hätte ein Knabe einer Dame eine Rose an den Busen gesteckt, man hätte ihn aus der Schule entfernt, darauf hätte er sich erschossen. J. erwähnt noch Lorentzer,

In dieser Periode müsse also der Schulplan Erleichterung gewähren. Die Schüler seien jedoch der Art der Arbeit nach, nicht der Zeit nach, in dieser Periode mehr angestrengt. Man soll die Anstellung consultirender Schulärzte begünstigen. Nicht turnen solle man lassen, sondern Turnspiele einführen. Unsre Jugend falle im Vergleich zur englischen erbärmlich ab, wir sollten die Zukunft bedenken und die Rechenschaft die man von uns fordern werde; wir sorgten ja für unser liebstes, unsre Kinder.

Meschede: Die Pädagogen seien allerdings nicht genügend orientirt, wie sie zu bestimmten Zeiten ihre Schüler beschäftigen müssten. Er hätte wenige Schüler und Gymnasiasten in Behandlung gehabt, aber sechs Gouvernanten; diese schienen überbürdet.

Mendel: Nur zwei Worte (Heiterkeit). Kahlbaum's Kranke kämen vor, ein neuer Name sei jedoch für dieselben nicht berechtigt. Die Krankheitsbilder wie sie Herr K. geschildert, seien nicht genügend differenzirt. Aber das „moralische Fasersystem" discreditire unsere Wissenschaft!

Kahlbaum glaubt das Behauptete begründen zu können und verweist auf weitere Veröffentlichungen.

Gumprecht (Lehrer): Die Pädagogen berücksichtigten wohl die Pubertät. Die Engländer seien uns in der von J. beregten Richtung nicht über.

Ich bin allerdings auch der Meinung, dass das Aufstellen von unhaltbaren Krankheitsbildern wie es Kahlbaum übt und das Halten von Vorträgen solcher Allgemeinheit wie der von Jehn die Psychiatrie zu discreditiren nicht ungeeignet sind!

518) **Berger** (Breslau): *Zur Aetiologie der Tabes.* Hätte schon früher diese Frage wenn auch mit Vorsicht, bejaht. — Ein 51 Jahre alter Mann litt an atactischer Tabes. Er hatte Muskel- und Hautgefühlsstörungen, Blasen- und Augenmuskellähmung. 1865 war er an einem ulcus durum behandelt worden. 1870 hatte er schwere syphilitische ulceröse Processe der Nasenschleimhaut und Hautgumata. Zur Zeit dieser tertiären Symptome kamen die tabischen. Erkältet hatte sich der Kranke nie, auch nie seine Beine strapazirt. Excesse in venere gab er zu. Syphilis blieb das einzige ätiologische Moment (die Frau hatte einige Male abortirt). — Im März d. J. kam ein 71jähr. Schmiedegeselle mit Tabes zu B. Die ersten Symptome hatte er vor $2^1/_2$—3 Jahren gemerkt (Parästhesien). Bei der Aufnahme hatte er eine hochgradige Ataxie locomotrice progressive. Bei erhaltener elektrischer Erregbarkeit fehlten die Reflexe. Die oberen Extremitäten boten normale Verhältnisse dar. P. hatte sich 60 Jahre lang Erkältungen ausgesetzt und vor 30 Jahren einen Rheumatismus durchgemacht. Nun hatte er eine Narbe am penis und beiderseitige orchitis; 1870 hatte er nämlich den Schanker gehabt. Das Nachschlagen im klinischen Archiv bestätigte dies. Anfangs Mai d. J. kam er zur Obduction (Lungen- und Darmtuberculose). Das Rückenmark zeigte eine mustergiltige Tabes, die typische Localisation (Strümpell), Elemente der früheren Tabes waren vorhanden, Fettkörnchenzellen, degenerirte

Nervenfasern. — B. veranlasste nun Dr. Kraus das klinische Archiv auf diese Frage hin zu durchmustern. Man berechnete nur die Fälle wo breite Condyloma, Huntro'sche Knoten, Hautgummata, Rachenaffectionen, Knochenleiden als anwesend besonders hervorgehoben waren. So fand B. bei 43% secundäre Syphilis bei Tabes. Jeder zweite dritte Mensch sei nicht syphilitisch. Von den Gesammtpatienten des Spitals die B. daraufhin untersucht, hatten nur 8 bis 9% ja 12 bis 15% aber keine 43% an Syphilis gelitten. Unter 50 Männer seiner persönlichen Bekanntschaft die B. daraufhin befragte und die ihm sicher die Wahrheit sagten, fand er ebenfalls nicht diesen hohen Procentsatz der Syphilis, obschon die betr. unter Syphilis auch gonnorrhoea etc. mitverstanden. Den anatomischen Beweis, dass die Syphilis die Tabes bedingt, könne B. natürlich auch nicht bringen. Uebrigens behandelte B. auch zwei Weiber die neben ihrer Tabes syphilitische Befunde darboten. In 32% fand B. Augenmuskellähmungen. Virchow hätte auch gesagt, dass die graue Degeneration eine syphilitische sein könne. Amylloidleber könne auch von Phthise oder Syphilis stammen. Westphal rathe übrigens auch zur Syphilisbehandlung bei Tabes, wenn andere zu behandelnde ätiologische Momente nicht vorlägen. Seien doch auch Anfangs die Tabiker meist kräftig. B. könne sich Leyden's Meinung, dass die ganze Frage erledigt sei, durchaus nicht anschliessen.

519) **Seeligmüller** (Halle): *Ueber Hemianästhesie.* Eine 29 Jahre alte verheirathete Frau erkrankte vor $2^1/_2$ Jahren an Kopfschmerzen, Schwindel, Angst; dazu gesellte sich eine einseitige Hemianästhesie, Sinneslähmungen der einen Kopfhälfte, einseitige Facialislähmung und Schluckbeschwerden. Ovarialhyperästhesie war nicht vorhanden. S. stellte die Diagnose auf eine cerebrale Läsion und die Prognose ungünstig. Unter elektrischer Behandlung gingen alle Erscheinungen zurück, die Lähmung musste also hysterischer Natur gewesen sein. — Der 2. Fall betrifft eine 29 jähr. der Tuberculose verdächtige Lehrerin die vor 9 Monaten nach Schreck erkrankte; sie bekam Paralyse der linken oberen und unteren Extremität, dazu Zitterkrämpfe. Es bestand Schwierigkeit zu localisiren, Augenmuskellähmungen. Der Zustand verschlimmerte sich. — Der 3. Fall betrifft eine 21 jähr. unverheirathete Person, deren linke obere Extremität gelähmt war und die linke untere eine Contractur hatte; die linke untere Extremität blieb im Wachsthum zurück. Sie litt an hochgradiger Ovarie. Aetzung der Clitoris wurde vorgenommen. Transfert stellte sich ein. — Alle 3 Fälle passten nicht in Charcot's Schema; die germanischen Frauen hätten eine andere Hysterie als die romanischen. Die Typie wie in Paris bei Charcot käme bei uns nicht vor. Uebrigens räth S. zur Ovariotomie. Diplopie, Zungendeviation, Gaumenasymetrie, Facialislähmung *ohne Ovarie* lassen eventuell die Diagnose auf Hysterie doch noch zu. —

Sodann spricht S. an der Hand von 2 Fällen *über myelitsche Erscheinungen der potatoren.* Die meisten nähmen die spinale Natur für die Alcoholparalyse in Anspruch. Contracturen seien für schwere

Formen charakteristisch. Träten die Erscheinungen plötzlich auf, sind fortschreitend, von Contracturen gefolgt, so sei ein spinaler Prozess, nämlich eine chronische Myelitis wahrscheinlich.

520) **v. Gudden:** *Ueber neuroparalytische Entzündung.* G. führt unter Beschreibung einer Anzahl von Experimenten, die er an Kaninchen vornahm, denen er mutatis mutandis die zum Auge ziehenden Nerven durchschnitt, den Beweis, dass es nur äussere Schädlichkeiten sind, welche das Auge lädiren und er folgert weiter, dass nur äussere Schädlichkeiteiten den Decubitus herbeiführen. Seine Experimente hatten den Zweck gehabt festzustellen ob man dem Decubitus vorbauen könne. G. meint, dass bei sorgfältiger Pflege der Decubitus zu verhüten sei.

Grashey: Es komme zumeist auf die Verhütung des Druckes an; die Reinlichkeit könne man ja eher erzielen. Könne man nicht Schaukelbettstellen einführen?

v. Gudden will den Versuch machen.

Mendel: Wie stehe es bei Decubitus acutissimus nach apoplektischen oder apoplektiformen Anfällen, der in einer Nacht entsteht?

v. Gudden sah seit 1855 einen solchen Decubitus eben nie entstehen. Aber G. wisse, dass auch bei gewöhnlichen Paralytikern in einer Nacht Decubitus entstand, dass der aber entstand war das Schlimme und das könne man verhüten. Nur solle man sich von der Vorstellung befreien, dass Paralytiker ihres Hirnschwundes halber eher Decubitus bekämen. Unempfindlicher seien sie ja.

III. Referate und Kritiken.

521) **Jens Schou:** Undersogelser om den periphere mawholdige Nerveprimitivtraads bygning. (Untersuchungen über den Bau der peripheren markhaltigen Nervenfasern.) (Inaugural-Dissert. Kopenhagen 1884.)

Gegenstand dieser Untersuchungen sind die sog. Schmidt-Landermann'schen Incisuren in der Markscheide, sowie die zuerst von Kühne und Ewald in eben denselben nachgewiesenen Hornscheiden.

Die *Incisuren* wurden sowohl am *lebenden* Nerven und zwar in der Froschlunge nach Vorgang von Ranvier, wie auch nach Behandlung der Nerven mit den verschiedenartigsten Reagenzien untersucht. Das Resultat seiner bezüglichen Untersuchungen fast S. in folgenden Worten zusammen: „Die Incisuren finden sich am lebenden „Nerven und sind also insoweit normale Bildungen, aber nach dem „Tode treten sie als Folge der Neigung des Markes sich zu spalten „in weit grösserer Anzahl auf, und zwar verschieden je nach den „verschiedenen Reagenzien. Vorläufig ist kein irgendwie sicherer „Beweis für eine die Incisuren ausfüllende, denselben eigenthümliche „Substanz geführt.“ (Solche Zwischensubstanzen sind von Kuhnt als „Zwischenmarkscheiden“, von Ranvier als Protoplasmablätter“,

von Carl Koch als eine „Kittsubstanz“ beschrieben worden.) „Alles „dies in Ueberlegung gezogen, giebt es demnach keinen Grund, die „Incisuren, die man im lebenden Körper findet, als constante feststehende Bildungen anzusehen, und ist es wahrscheinlicher, dass sie je „nach dem verschiedenen Verhalten des Nerven variiren.“

Bei der Untersuchung der „*Hornscheiden*“ fand S., dass das Hornskelet, durch die Alcohol-Aether-Behandlung dargestellt, sich durch die Ranvier'schen Schnürringe hindurch fortsetze. Schon darin sieht er mit Recht einen Beweis gegen die Präexistenz desselben, denn, da die Hornsubstanz unmöglich gleichzeitig dieselbe Lichtbrechung wie die Marksubstanz und wie die den Axencylinder in den Schnürringen umgebenden Masse haben kann, so müsste sie, wenn präsistirend, nothwendig im lebenden Nerven sichtbar sein, was eben nicht der Fall ist. Ferner konnte Verf. gleich wie Hesse und Pertik das sog. Hornnetz auch in dem frei aus der Schwann'schen Scheide ausgetretenen Myelin beobachten.

Bei den *Verdauungsversuchen* mit Trypsin fand S. wie Pertik in seiner bekannten Arbeit (Untersuchungen über Nervenfasern, Arch. f. mikr. Anat. Bd. 19. 1881), dass das bei der Alcohol-Aether-Behandlung dargestellte Netz allmälich in eine feinkörnige Masse zerfällt. Verf. hat diese Untersuchungen unter dem Mikroskop in dem von Panum construirten „Apparat für mikroskopische Untersuchungen bei erhöhter, constanter und genau bestimmter Temperatur“ angestellt und die Verdauung Schritt für Schritt verfolgt. Verf. sieht demnach ebenso wie Pertik das Hornskelet nicht als präexistirend, sondern nur als Resultat einer specifischen Alkohol-Aether-Wirkung an.

Dehn (Hamburg).

---

522) **De Varigny** (Paris): On the alterations of cortical excitability by cold applied to the surface of the brain. (Ueber die Aenderungen der Rindenerregbarkeit bei Applicirung von Kälte auf die Gehirnoberfläche.) (Brain, Juli 1884. S. 224.)

Varigny gebrauchte zu seinen Versuchen Hunde, die durch Chloraleinspritzungen in die Venen betäubt waren. Zur Abkühlung des blosgelegten Gehirnes gebrauchte er den Aetherspray. Die Reizung des motorischen Centrums des Vorderbeines vor der Abkühlung hatte bei 5 Ctm. Rollenabstand des Dubois-Reymond'schen Apparates Erfolg, die Latenz betrug 0,08—9 Sekunden, nach Application des Aetherspray's von 8 Minuten Dauer verlor die Rinde ihre Erregbarkeit für fast 5 Minuten und kehrte erst nach ungefähr einer Viertelstunde in dem früheren Grade zurück, die Latenz betrug aber jetzt nur 0,06—0,07 Sekunden. Dauernden Verlust der Erregbarkeit hat V. bei der genannten Stromstärke und Dauer der Kälteapplication nicht gesehen.

Matusch (Sachsenberg).

---

523) **W. Bechterew** und **P. Rosenbach:** Zur Physiologie der Zwischenwirbelkanten. (Vorl. Mitth. Wratsch 1884 Nro. 9.)

Seit Waller ist bekannt, dass nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln nahe den Zwischenwirbelganglien jene atrophiren,

Verff. unternahmen es jetzt zu untersuchen, ob diese Atrophie der Wurzeln sich auch auf das Rückenmark selbst erstreckt. Zu diesem Zwecke drangen sie mit einem zweischneidigen Messer in den Zwischenraum zwischen Kreuzbein und letztem Lendenwirbel (spatium rhumboidale) oder einen zwischen letztem und vorletztem Lendenwirbel, wobei die vorderen und hinteren Wurzeln der Lendenanschwellung zerschnitten wurden. Es erfolgte bei den operirten Hunden: Lähmung des Schwanzes, beider Sphincteren, der Extremitäten; Empfindungslosigkeit des Schwanzes, Mittelfleiches und der inneren hinteren Oberfläche beider Schenkel.

Die genesenen Hunde wurden nach 2—3 Monaten getödtet. Die Häute des Rückenmarks waren immer normal. Die centralen Abschnitte der hinteren Wurzeln waren schon macroscopisch verdünnt; Durchschnitte des Rückenmarks zeigten macroscopisch keine pathologischen Veränderungen. Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass die centralen Abschnitte der vorderen und die peripheren aller Wurzeln intact waren, wie auch diejenigen hinteren Wurzeln, welche nicht durchtrennt waren. Die centralen Abschnitte der hinteren Wurzeln zeigten das volle Bild der Atrophie: Atrophie der Achsencylinder, Schwellung und zum Theil Zerfall des Myelins und Wucherung des Bindegewebes.

Bei der mikroscopischen Untersuchung des Rückenmarkes zeigte sich die graue Substanz besonders stark angegriffen, nicht nur in den unteren sondern auch in den oberen Abschnitten des Rückenmarkes, hinauf bis zum Halstheil. Bisweilen sah man fast vollständigen Schwund der Nervenzellen in den Vorder- wie Hinterhörnern, so dass die graue Substanz aus einer Menge Hohlräumen bestand, welche mit körnigem Detritus und Resten von Zellprotoplasma gefüllt waren. Auch das Bindegewebe der grauen Substanz war im unteren Theil des Rückenmarkes verdünnt trübe und geschwellt. In den Wänden der Blutgefässe wurde nichts pathologisches entdeckt, doch waren diese Gefässe bisweilen mit rothen Blutkörperchen gefüllt und bisweilen wurde in ihrer Nähe eine geringe Menge plasmatischer Exsudate gefunden.

In den weissen Säulen erwiesen sich die Nervenfasern in der Nähe der durchschnittenen Wurzeln durchgehend degenerirt, weiter oben aber nur in den Goll'schen Strängen und auch hier nicht regelmässig, wesshalb hier die Degeneration von den Verff. als secundär aufgefasst wird. Entzündliche Veränderungen wurden nicht gefunden, auch nicht Spuren des traumatischen Eingriffes am Rückenmark. Die Verff. schliessen, dass die Zwischenwirbelganglien trophische Nerven nicht nur für die sensiblen Nerven und die hinteren Wurzeln, sondern auch für die Nervenzellen des Rückenmarkes haben. (Da die Blutgefässe doch nach der sehr kurzen Beschreibung sich keineswegs ganz normal zeigten, so ist auch hier nicht ausgeschlossen, dass die umfassenderen „atrophischen" Nerven sich als identisch mit den vasomotorischen erweisen. Ref.) Buch Helsingfors).

524) **Dixon Mann** (Salford): Notes on a case of pure apoplectic bulbar paralysis. (Fall von einer apoplectischen Bulbärparalyse.)
(Brain, Juli 1884. S. 244.)

Die 42 jährige Frau, bis auf leichtes Blasen über der Mitralis gesund, verlor auf einem Spaziergange plötzlich die Sprache, ohne dass eine Trübung des Bewusstseins oder sonst eine auffällige Störung dabei eintrat. Sie konnte selbst sich in ein Hospital begeben. Sie zeigte hier bei völlig klarem Sensorium absolute Unfähigkeit, die Zunge zu bewegen und mehr als ein unartikulirtes naselndes A hervorzubringen. Der weiche Gaumen hing schlaff herab, die Mm. pterygoid., der m. orbicular. oris waren beiderseits, der levator angul. oris, levator lab. superior, zygomatici rechtsrseits völlig, links weniger gelähmt. Seitwärtsbewegung des Unterkiefers war gar nicht, Annäherung der Kiefer in geringem Grade möglich. Beim Versuch zu Schlucken trat heftiger Husten und Abfluss der Flüssigkeit durch Mund und Nase ein. Die Unterkiefer-Zungenbeinmuskeln waren normal, der Kehlkopf hob sich beim Schlucken in gewöhnlicher Weise, die Sensibilität erwies sich als durchaus intact. Der Speichel floss über den herabhängenden Unterkiefer ab, war nicht vermehrt. Puls und Temperatur unverändert, Urin ohne Eiweiss. Kopfschmerz, Schwindel und Ohrenklingen fehlten. Die electrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln war nicht vermindert. Nach etwa 14 Tagen besserte sich der Zustand soweit, dass die Kranke mit grosser Anstrengung etwas feste Speisen schlucken und die Zunge ein wenig vorstrecken konnte. Zur Zeit nach 6 Monaten ist sie noch nicht im Stande, die Zunge mehr als einen halben Zoll vor die Zähne zu bringen, Wölben und Seitwärtsbewegen ist unmöglich, die Kiefer können geschlossen, festere Speisen jedoch nicht gekaut werden. Das Schlucken von Flüssigkeiten ist noch schwierig. Der Unterkiefer wird kaum merklich seitlich bewegt. Die Muskeln der linken Seite functioniren in geringem Grade. Zuweilen ist die Aussprache einiger Worte möglich, doch lallend und unverständlich. In den letzten Monaten ist mehrfach Schwindelgefühl geklagt worden, sowie Abnahme der Sehschärfe, ohne dass die Untersuchung des Augenhintergrundes bis auf verwaschene Papillengrenzen etwas Abnormes ergab. Die tiefen Reflexe der Arme sind etwas erhöht, besonders rechts. Es kann sich wie M. ausführt, nur um einen embolischen Process im hinteren Theil der Rautengrube handeln, der die Kerne des Hypoglossus, Facialis und der motorischen Wurzel des Quintus betraf. Die Besserung würde dem Erfolg durch collateralen Kreislauf zuzuschreiben sein. Matusch (Sachsenberg).

---

525) **James Ross:** Distribution of anaesthesia in cases of disease of the branches and of the roots of the brachial plexus. (Vertheilung der Anästhesie in Fällen von Erkrankung der Zweige und der Wurzeln des plex. brachial.) (Brain, April 1884. S. 51.)

R. fasst die Resultate seiner Untersuchung dahin zusammen, dass einer der Hauptnervenstämme des plex. brach. vollständig durchschnitten werden kann ohne complete Anästhesie in irgend einem

Theile des Bezirkes zu verursachen, der von den sensibelen Nervenästen versorgt wird und dass, wenn complete Anästhesie eintritt, der afficirte Hauttheil sehr beschränkt und der nur von partieller Anaesthesie betroffene Theil viel kleiner ist als dem anatomischen Bereich der Versorgung entspricht. Ferner dass das anästhetische Areal mit der Zeit an Stärke und Ausdehnung abnimmt. Wenn demnach der nerv. rad. allein durchschnitten ist, zeigt sich der anästhetische Bezirk sehr klein, umgekehrt, wenn der n. rad. der einzig intacte ist, der normal empfindende Hauttheil ungewöhnlich gross. Dass Drittens die Anästhesie bei Durchschneidung eines und desselben Nerven in verschiedenen Fällen an Intensität, Ausdehnung und Lage variiren, ohne dass sich ein Grund dafür auffinden lässt. Zum Schluss fügt Ross hinzu, dass sich die von Kruse und Henle beschriebenen Vertheilung der digitalen Zweige am meisten mit den Resultaten der pathologischen Beobachtung decke. Der Aufsatz enthält zwei interessante Krankheitsgeschichten, deren eine die sensorischen Störungen nach Erkrankung des plex. brach. (Pachymeningitis cervicalis), illustrirt, während die zweite die Symptome einer fast vollständigen Zerreissung des plex. brach. durch eine Maschine beschreibt.

Matusch (Sachsenberg).

---

526) **John G. Johnson** (Brooklyn): Poisoning of canned goods. (Vergiftung durch Conserven.) (The medico-legal journal. Juni 1884.)

Die Familie K. erkrankte ca. 2 Stunden nach Genuss von conservirten Tomaten an brennenden Schmerzen im Magen, heftigem Durste, Trockenheit im Munde, Brechneigung und Tenesmus. Die Symptome steigerten sich bei Allen zu heftiger Gastroenteritis. Bei einer Tochter stellte sich ein stark juckendes Exanthem über den ganzen Körper ein, später Convulsionen, theerschwarze Stühle und starker Schweiss. Bei einer anderen Tochter war die Erkrankung gleich heftig, und fehlten die Convulsionen. Als Ursache wurde die Anwesenheit von Zink- und Zinnchlorid besonders in der Sauce der bereits sauer gewordenen Tomaten erkannt, von der die am schwersten erkrankten Mädchen am meisten genossen hatten. Auf Grund dieses Falles fordert J. ein gesetzliches Verbot der bisher gebräuchlichen Zinkamalgamirung der Blechdosen. Matusch (Sachsenberg).

---

527) **W. B. Hadden:** Cases af chorea. (Brain. Juli 1884. S. 250.)

Fälle von Chorea bei Kindern mit schweren Complicationen, die bei dreien in völligem Verlust der Articulation bestanden. Bemerkenswerth ist, dass bei allen die choreatischen Bewegungen nur die rechte Seite betrafen. In drei weiteren Fällen bestand ausgedehnte Anästhesie, deren Sitz in zweien den der Chorea entsprach.

Bei einem 15 jährigen Knaben begann die Chorea mit Anfällen von allgemeinen — hysterischen — Convulsionen ohne Bewusstseinstrübung. Diese Anfälle wiederholten sich bis zu sechs an einem Tage.

Sämmtliche Kranken genasen, bei den meisten schwanden die Complicationen vor dem Nachlassen der Chorea, in einigen ist darüber nichts erwähnt. Matusch (Sachsenberg).

---

528) **Fr. Hallager:** Kritiske Bidrag til Laeren om uregelmaessig Epilepsi, med saerligt Heusyn til de saakaldte Psychiske Aequivalenter. (Inaugural-Dissertation Kopenhagen 1884.)

Verf., Reservearzt an der Irrenanstalt in Viborg, kommt auf Grund einer kritischen Betrachtung sowie einer sorgfältigen Analyse der bezüglichen Casuistik in Betreff der modernen Erweiterungen des Krankheitsbegriffes der Epilepsie, wie sie sich durch Einfügung der Begriffe *Ep. larvée* resp. *E. diffuse* (Morel), gewisse *„epileptoide Zustände“* (Griesinger), *epil. Aequivalente* (Samm t), *psychische Ep.* (Leidesdorf, Weiss u. A.) in den Rahmen der alten classischen Epilepsie herausgebildet, zu Resultaten wesentlich negativer Natur. Indem ihm zufolge nur die Anfälle das allein charakteristische primäre Symptom darstellen, giebt es ausser dem eigentlichen „grand mal“, d. h. also kurzdauernden allgemeinen Krämpfen mit Bewusstseinsverlust, nur in soweit eine *„unregelmässige“* E., als unvollständige Anfälle, entsprechend den Anfangssymptomen des classischen Anfalls, für sich auftreten können. Ob solche epileptischer Natur sind oder nicht, kann mit Sicherheit nur durch die Beobachtung ihres Ueberganges bei demselben Patienten in vollständige Anfälle oder allenfalls dadurch, dass derselbe Pat. ausserdem an vollständigen Anfällen mit gleichen Anfangssymptomen leidet, bewiesen werden. Die intervallären Zustände haben nur secundäre Bedeutung; auch die psychischen Störungen der Epileptiker sind nur Folge vorausgegangener Anfälle, und zwar grosser oder solcher kleiner, welche aus psychischen Symptomen bestehen oder mit solchen beginnen. Es entwickelt sich dann ein Zustand psychischer Degeneration, der eben nur für die Degeneration, nicht für die E. als solche trotz der Häufigkeit des ätiologischen Zusammenhangs charakteristisch ist. Als Symptome solches Degenerationszustandes sind z. B. die anfallsweise auftretenden pathologischen Zornausbrüche und impulsiven Handlungen zu nennen. Die postepileptischen Anfälle können Symptome darbieten, von welchen man mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit auf einen epileptischen Ursprung zurückschliessen kann.

Andererseits verwirft Verf. auch die übliche Trennung von symptomatischer und idiopathischer E. indem ja die Anfälle das einzige characteristische Symptom, und die secundären Erscheinungen, zu denen auch die intervallären Veränderungen gehören, in gleicher Weise bei der sog. symptomatischen E. auftreten. Man spricht demnach von Epilepsie, soweit nicht die Anfälle Symptome eines anderen Leidens, wie z. B. Dementia paralytica sind. Dehn (Hamburg).

---

529) **J. E. Bucknill** (London): A Lecture on the relation of madness to crime. (Ueber die Beziehung zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen. Vortrag.) (Americ. journ. of insanity. April 1884. S. 412.)

Die unzulängliche Definition der Zurechnungsunfähigkeit auf Grund von Geisteskrankheit im englischen Gesetze bildet den Hauptgegenstand der vorliegenden Arbeit. Nach englischem Gesetze ist Unzurechnungsfähigkeit nur dann anzunehmen, „wenn der Angeklagte zur Zeit der That in Folge von Geisteskrankheit so weit seiner Vernunft beraubt war, dass er die Natur und Qualität der That nicht einsehen konnte oder wenn er sie einsah, nicht wusste, dass er Unrecht beging.“ Dass diese Definition nur in wenigen Fällen zutreffe, sei zwar von hervorragenden Juristen anerkannt und die jüngsten Sensationsverhandlungen über William Gealdstone und James Cole hätten einen neuen Beweis erbracht, eine Aenderung dieses Paragraphen, die der jetzigen Anschauung Rechnung trüge, sei aber noch nicht vorgenommen. Verf. verhehle sich nicht die Schwierigkeit eines solchen. Eine Grundbedingung sei eine erschöpfende medico-legale Definition der Geisteskrankheit, die bisher nicht vorhanden sei.

Bucknill schlägt vor: Geisteskrankheit ist die zu Unfähigkeit führende Schwäche oder Störung des Geistes in Folge von Krankheit (incapacitating weakness or derangement of mind caused by disease) und befürwortet die Aufnahme eines auf dieser Definition fussenden Paragraphen: Keine That sei als Verbrechen zu erachten, wenn der Thäter zur Zeit in Folge von Idiotie oder Geisteskrankheit unfähig war, sie zu lassen. Einer durchgreifenden Aenderung bedürfe ferner das schleppende und unzweckmässige gerichtliche Verfahren in Fällen zweifelhafter Geistesstörung. Es sei an dessen Stelle eine systematische Untersuchung durch vereidigte Sachverständige unter Controle eines Richters zu setzen. Matusch (Sachsenberg).

---

530) **Henry Maudsley** (London): The moral sense and will in criminals. (Der moralische Sinn und der Wille bei Verbrechern.) (The medico-legal journal. Juni 1884. S. 1.)

Maudsley vertritt die Ansicht, dass jeder Verbrecher pathologisch, das Verbrechen nur Symptom eines abnorm organisirten Characters sei. Nicht nur die auf der Schwelle zwischen Gefängniss und Irrenhaus stehenden Verbrecher und Vagabunden, die Auswürflinge des socialen Organismus, der dennoch von ihnen Unterordnung verlangt, seien hierunter zu verstehen, sondern auch die durch die Macht der Verhältnisse zu Verbrechern gewordenen und die von Jugend auf Verwahrlosten. Matusch (Sachsenberg).

IV. Personalien.

Offene Stellen. St. Gilgenberg (Priv.-Irren-Anstalt von Dr. Falco), Assistenzarzt, 1. November, M. 1500, freie Station.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 1. November 1884. Nro. 21.

INHALT.

I. Originalien. Victor Kandinsky: Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen.

II. Referate und Kritiken. Rattone: Ganglienzellen in den hinteren Nervenwurzeln beim Menschen. Schiff: Ein neuer Versuch an der erregbaren Hirnrinde. Jolly: Untersuchungen über den elektrischen Leitungswiderstand des menschlichen Körpers. Hayem und Gilbert: Veränderungen am Nervensystem eines Amputirten. Lissauer: Ueber Veränderungen der Clarke'schen Säulen bei Tabes dorsalis. Mabille: Ein Fall von Pachymeningitis unter dem Bilde der Paralyse. Baillarger: Das schieferfarbige Aussehen des Gehirns bei der allgemeinen Paralyse und seine Beziehung zu dem Decubitus am Kreuzbein. Tusset: Estudios clinicos de Neuropathologia: Reinhard: Ein Fall von periodischem Wechsel der Haarfarbe. Chapin: Bleilähmung bei Kindern. Searcy: Hyperästhetische Gehirne. Ferguson: Intermittirender Strabismus. Langaard: Hysterie bei Kindern. von Landesen: Ueber die epileptogene Zone beim Menschen. Planat: Uebertragung der Epilepsie vom Thier auf den Menschen. Bigot et Camuset: Einfache Demenz auf wahrscheinlich syphilitischer Grundlage. Braun: Ueber die Anwendung von Bromammonium und Bromnatrium gegen Epilepsie. David: Casuistische Beiträge zur Electrodiagnostik und Symptomatologie der peripherischen Facialisparalysen. Mann: Nothwendigkeit einer ärztlichen forensischen Beurtheilung der Trunksucht. v. Krafft-Ebing: Unzuchtsdelikte mit Kindern in einem Zustande von Bewusstlosigkeit (wahrscheinlich auf Grund traumatisch entstandener Reflex-Epilepsie). Wollner: Mordversuch, mania transitoria.

III. Aus den Vereinen. Société médico-psychologique zu Paris.

IV. Miscellen. Kropfexstirpation und Nervenaffection.

V. Tagesgeschichte. Aus Bern. Aus Berlin.

VI. Berichtigung. VII. Personalien.

I. Originalien.

Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. VICTOR KANDINSKY,

Ordinator an der Stadt-Irrenheilanstalt des heiligen Nicolaus des Wunderthäters zu Petersburg.

Nach einer kritischen Durchsicht des in der Literatur vorhandenen Materials habe ich den Entschluss gefasst auf Grund meiner eigenen klinischen Beobachtungen eine Reihe von Studien im Gebiete

der Lehre von den Sinnestäuschungen zu schreiben ; vor einiger Zeit habe ich den ersten Umriss, der *die Pseudohallucinationen* zum Gegenstande hat, beendigt und hoffe denselben bald in der Laehr'schen Zeitschrift oder im Westphal'schen Archiv gedruckt zu sehen. Dem Rathe meiner Freunde folgend, will ich hier kurz den genauen Sinn dieser Studie voraus ausdrücken, sowie auch die Hauptresultate, zu denen ich gelangt bin, vorläufig mittheilen.

I. Ungeachtet des quantitativen Reichthums der Literatur der Sinnestäuschungen, ist die Lehre von den Hallucinationen noch bei weitem nicht abgeschlossen; eine Theorie, die alle wirklichen Thatsachen sämmtlich umfassen könnte, ist in diesem Gebiete der Psychopathologie bis jetzt noch von keinem aufgestellt worden.

II. Nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Literatur werden sehr häufig als Hallucinationen solche subjective Erscheinungen angesehen, die eigentlich gar nicht zu denselben gehören.

III. Es ist eine genaue Feststellung des Begriffs der Hallucination nothwendig. — Eine Hallucination ist, vor Allem, eine subjective (objectlose) *sinnliche* Wahrnehmung, daher ist ihr Inhalt immer concret; abstracte Hallucinationen (wie sie z. B., Kahlbaum zuliess) giebt es nicht. — Aber bei weitem nicht jede subjective sinnliche Wahrnehmung ist eine Hallucination.

IV. Bei Geisteskranken müssen *drei* Arten subjectiver sinnlicher Wahrnehmungen unterschieden werden: a) gewöhnliche, wenn auch, was Intensität (d. h. Lebendigkeit und sinnliche Bestimmtheit) anbetrifft, im Vergleich mit der Norm sehr gesteigerte, sinnliche Reproductions-Vorstellungen, oder einfache — Erinnerungs- und Phantasiebilder; b) eigentliche Pseudohallucinationen („Pseudohallucinationen" — in meinem und nicht in Hagen's Sinne) und c) wirkliche Hallucinationen. — In *allen* ebenerwähnten drei Arten subjectiver Wahrnehmungen werden die Sinnbilder gleicherweise „nach aussen projicirt" und sind dieselben gleicherweise mit motorischen Nebenvorstellungen verbunden.

V. Eine subjective sinnliche Wahrnehmung kann nur in dem Falle eine wahre Hallucination genannt werden, wenn das Sinnesbild im Bewusstsein mit demselben *Charakter der objectiven Wirklichkeit* ausgestattet auftritt, der bei gewöhnlichen Bedingungen nur den Wahrnehmungen der realen äusseren Eindrücke gehört. — Gradationen der Objectivität der wirklich hallucinatorischen Bilder giebt es nicht; entweder hat der Kranke *eine* Hallucination, oder er hat *keine* (im letztern Falle kann er eine Pseudohallucination haben).— Zwischen den nichthallucinatorischen subjectiven sinnlichen Wahrnehmungen (Erinnerungsbilder und meine eigentlichen Pseudohallucinationen) und den wirklichen Hallucinationen, — was den Charakter der Objectivität oder der Wirklichkeit anbetrifft, — giebt es keine Uebergangsstufen.

VI. Da die Hallucinationen solche Facta des Bewusstseins sind, welche (für das wahrnehmende Bewusstsein selbst) entweder vollkommen gleichgeltend mit den neben- und gleichzeitig mit ihnen stattfindenden objectiven Anschauungen erscheinen, oder diese letzteren erset-

zen, im Fall der Aufhebung derselben (wie beim Traum und bei der traumartigen Hallucination), — so müssen die Hallucinationen wenigstens auf *zweierlei* Weise entstehen können.

VII. Es giebt Hallucinationen rein corticalen Ursprungs, nämlich: der Traum und die traumartigen Hallucinationen. Hier kann eine Hallucination direct aus einem einfachen sinnlichen Erinnerungsbilde, um so mehr aus einer Pseudohallucination, entstehen, aber für eine solche „Objectivisation" des Sinnesbildes ist das Unterbrechen im Wahrnehmen der äussern Eindrücke, mit andern Worten, ein gewisser Grad der Störung oder der Umdämmerung des Bewusstseins nothwendig. Bei fortdauerndem Wahrnehmen der äussern Eindrücke, d. h. bei ungestörtem, nicht umdämmertem Bewusstsein, sind Hallucinationen rein corticalen Ursprungs (im Gegensatz zur Theorie von Landois und Tamburini) ganz unmöglich.

VIII. Griesinger und Kahlbaum sind in einem gewissen Sinne der Entdeckung der Sinnescentren in der Hirnrinde zuvorgekommen. Diese Autoren (aber nicht Landois und Tamburini) sind die wahren Gründer der Theorie des corticalen Ursprungs der Hallucinationen, einer Theorie, die, wie sie bis zuletzt formulirt worden ist, meiner Ansicht nach keine richtige ist.

IX. Bei nicht gestörtem (in Bezug auf das Wahrnehmen der realen äusseren Eindrücke) Bewusstsein können Hallucinationen (der allgemein verbreiteten Theorie zum Trotz) nicht ohne Mitwirkung der subcorticalen Sinnescentren auftreten. Der Charakter der Objectivität oder der Wirklichkeit wird dem Sinnesbilde, wie bei der normalen objectiven Anschauung, so auch bei der wirklichen Hallucination, durch nichts anderes mitgetheilt, als durch den Antheil am Vorgange der subcorticalen Sinnescentren.

X. Trotz der alten weitaus verbreiteten Ansicht kann aus einer sinnlichen Reproductions-Vorstellung (sowohl einer gewöhnlichen, als einer pseudohallucinatorischen) in keinem Falle eine Hallucination *nur* auf dem Wege der Steigerung der Spannung oder der Intensität der Vorstellung entstehen. — Andererseits ist ein hoher Grad der Intensität gar keine nothwendige Bedingung, damit eine subjective sinnliche Wahrnehmung beim Vorhandensein einer der in den Punkten VII und IX angeführten Bedingungen) zur Hallucination werden könne.

XI. Was die Pseudohallucinationen anbetrifft, so sind dieselben in dem Sinne, oder wenigstens in dem Umfange, wie in meiner Arbeit, die nächstens erscheinen wird, noch von Niemanden beschrieben worden. Ludwig Meyer's Phantasme sind nichts weiter als wirkliche Hallucinationen, die der Autor irrthümlich nicht als solche anerkennt. — Baillarger's „psychische Hallucinationen" sind namentlich das, was ich Pseudohallucinationen nenne; Baillarger kannte aber nur allein die Pseudohallucinationen des Gehörs und beging dabei noch den Irrthum jeden sinnlichen Charakter der subjectiven Wahrnehmungen dieser Art zu verneinen; ausserdem schrieb Baillarger seinen „psychischen Hallucinatinationen" bei weitem nicht die theoretische Bedeutung zu, die ich jetzt den Pseudohalluci-

nationen gebe. — Hagen hat unter dem Namen der Pseudohallucinationen psychopathologische Thatsachen beschrieben, die in der That nichts gemeines mit den Sinnestäuschungen haben (und durchaus nicht meinen eigentlichen Pseudohallucinationen entsprechen), sondern grösstentheils zu Erinnerungstäuschungen gehören.

XII. Meine eigentlichen Pseudohallucinationen sind sehr lebhafte und im höchsten Grade ziemlich bestimmte subjective Wahrnehmungen, sie besitzen alle Charakterzüge, die den wahren Hallucinationen eigen sind, ausser dem für die letztern unentbehrlichen Charakter der objectiven Wirklichkeit, und sind nur darum keine Hallucinationen. — Pseudohallucinationen sind im Gebiete eines jeden unserer Sinne möglich; aber um das Wesen dieser pathologischen Thatsachen kennen zu lernen, genügt es die Pseudohallucinationen des Gesichts und des Gehörs zu studiren.

XIII. Meine Pseudohallucinationen sind keine einfachen, wenn auch abnorm lebhaften Erinnerungs- oder Phantasiebilder. Abgesehen von deren unvergleichlich grössern Intensität (als einem nicht wesentlichen Merkmale —), unterscheiden sich die Pseudohallucinationen, wie ich gefunden habe, von den gewöhnlichen sinnlichen Reproductions-Vorstellungen durch einige wesentliche Characterzüge, nämlich: die Receptivität (in Fechner's Sinne), die Spontaneität, die Zwangsmässigkeit, die grosse sinnliche Bestimmtheit, Detaillirtheit und Vollkommenheit des Bildes, die Stetigkeit desselben.

XIV. Es giebt nicht nur hypnagogische Hallucinationen, sondern auch hypnagogische Pseudohallucinationen.

XV. Unabhängig von den in den Punkten VII und IX erwähnten Momenten können sich die Pseudohallucinationen nicht in Hallucinationen verwandeln.

XVI. Die Pseudohallucinationen haben die sensorischen Centren der Grosshirnrinde zur Ursprungsstätte und weisen entweder auf einen allgemeinen Zustand einer anormal gesteigerten Erregbarkeit dieser Centren, oder sogar auf das Vorhandensein eines selbständigen örtlichen Reizes in diesen Centren hin (partielle automatische Erregung).

XVII. In Sinnesdelirien der akuten Kranken (besonders der acut Verrückten) spielen die massenhaften, rasch einander abwechselnden Pseudohallucinationen keine geringere Rolle als die wirklichen Hallucinationen. — Es giebt übrigens auch stabile Pseudohallucinationen (öfter bei den Chronikern).

XVIII. Die Pseudohallucinationen bieten noch einen Beweis gegen die ganz unnöthige, antiphysiologische Theorie der centrifugalen Verbreitung der Erregung in den centripetalen Leitungsbahnen des Gehirns.

XIX. Ohne die Thatsache der hallucinatorischen Erinnerungen (im genauen Sinne, aber nicht im Sinne der „Phantorhemie" Kahlbaum's) zu verneinen, kann ich Thatsachen vorweisen, die namentlich das sind, was man „pseudohallucinatorische Erinnerungen" (häufiger — Pseudoerinnerungen) nennen kann.

XX. Das „innere Reden" der Kranken selbst, sowie überhaupt

alle Fälle der zwangsmässigen Innervirung des Sprachcentrums, gehören weder zu den Hallucinationen (Baillarger), noch zu den Pseusohallucinationen, und müssen streng von dem „innern (pseudohallucinatorischen) Hören“ der Kranken unterschieden werden. — Einfaches nicht sinnliches Zwangsdenken, gehört, natürlich, nicht zum Gebiete der Pseudohallucinationen, sondern zum Gebiete der Störungen in der rein intellectuellen Sphäre.

XXI. Was diejenigen Hallucinationen des Gehörs anbetrifft, die so charakteristisch für die primäre (besonders chronische) Verrücktheit (délire des persécutions) sind, so verlangt ihre von im Punkte VII erwähnten Momente unabhängige Entstehung ein besonders aufmerksames Studium der hierher gehörenden klinischen Thatsachen. Diese Frage, die nicht nur eine klinische, sondern auch eine experimentelle Bearbeitung erlaubt, wird der Gegenstand meiner folgenden Arbeit sein. Uebrigens, schon im Voraus kann ich sagen, dass derartige Hallucinationen des Gehörs Pseudohallucinationen sind, die sich unter dem Einflusse eines Reizes (aber ohne Centrifugalität) im subcorticalen Centrum des Gehörs in wirkliche Hallucinationen verwandeln.

Zu den hier aufgezählten Resultaten bin ich auf Grund von Thatsachen gelangt, deren bedeutender Theil zu meinen eigenen Beobachtungen gehört. Aber über die factische Seite meiner Arbeit kann ich mich, natürlich, in einer kurzen vorläufigen Mittheilung nicht verbreiten. Es werden zu meiner Arbeit Zeichnungen beigefügt sein, die sowohl den Unterschied zwischen den verschiedenen Arten der subjectiven sinnlichen Wahrnehmungen unter einander, als auch deren Unterschiede von der objectiven Anschauung noch klarer zeigen sollen.

St. Petersburg, den 23. September 1884.

II. Referate und Kritiken.

531) **Giorgio Rattone:** Sull' esistenzo di cellule ganglionari nelle radici posteriori dei nervi spinali nell uomo. (Ganglienzellen in den hinteren Nervenwurzeln beim Menschen.) (Archivio di psichiatr. 1884. 2.-3. H.)

Im Verlaufe der hinteren Nervenwurzeln trifft man als regelmässigen Befund eine Anzahl von Nervenzellen, welche um so häufiger werden, je mehr man vom Rückenmark gegen das Spinalganglion hinschreitet. Sie sind am seltensten in den Dorsalwurzeln, häufiger an den Cervical- und am zahlreichsten an den Lumbal- und Sacralwurzeln. (z. B. am 2. Sacralnerven 81.)

Die Zellen gleichen im Ganzen den Zellen der Spinalganglien; meistens zeigen sie an der Peripherie eine grosse Anzahl von kleinen Vacuolen, welche R. als cadaveröse und Härtungsproducte auffasst. — Einzelne von diesen Zellen erreichen einen Durchmesser von 0,3 Mm.

Obersteiner (Wien).

---

532) **M. Schiff** (Genf): Ein neuer Versuch an der erregbaren Zone der Hirnrinde. (Pflüg.'s Arch. f. d. ges. Physiol. XXXIII.)

Um Bechterew zu widerlegen, welcher behauptete, dass er sich nach Läsionen, die nicht die Grenzen der erregbaren Zone an der Hemisphärenoberfläche in der Richtung nach dem Scheitel überschritten, kein Mal von dem Bestehen irgend welcher Sensibilitätsstörungen überzeugen konnte, führt Verf. folgenden Versuch an. Er verschaffte sich einen Hund, welcher den Zustand der gekreuzten Reflexe darbot, d. h. Zupfen der Haare des *rechten* Vorderfusses erzeugte immer Zucken am linken Vorderfuss, oft begleitet von Zucken des gereizten Theiles, bei stärkerem Reiz bewegt sich auch der rechte Hinterfuss etc. Nach 8 tägiger Beobachtung wird ihm der *rechte* sulcus cruciatus blossgelegt und die ganze vor ihm gelegene Windung des Gyrus sigmoideus und die hinter letzterem befindliche Hirnsubstanz etwa 5 Millimeter breit entfernt. In den folgenden zwei Monaten ergab das Zupfen der Haare an den Zehen *links* gar keine Reaction weder rechts noch links, Zupfen an den *rechten* Zehen die Reaction wie früher, also in jedem Falle Zucken in den linken (der Hirnverletzung kontralateralen) Füssen — manchmal und häufiger als vor der Operation begleitet von den Zuckungen in den Füssen der rechten Seite. Die Bewegungshemmung, wenn eine solche wirklich bestände, hätte sich aber in den linken Extremitäten lokalisiren müssen, was offenbar nicht der Fall ist, da die Bewegung in den Extremitäten der *rechten* Seite ausblieb und nur dann, wenn die anästhetische Seite gereizt wird. Andere Versuche des Verf.'s am Kopfe und den Körperseiten von Hunden und Affen bewiesen ebenfalls, dass die Reaktion in nicht afficirten Theilen ausbleibt, wenn die Erregung auf eine Stelle der *anderen* Seite wirkt, die vom Hirn aus des Tastgefühls beraubt ist.

Goldstein (Aachen).

---

533) **Fr. Jolly** (Strassburg): Untersuchungen über den elektrischen Leitungswiderstand des menschlichen Körpers. (Festschrift zum Jubiläum seines Vaters. (Strassburg, K. Trübner. 1884.)

Verf. bediente sich bei einer grösseren Reihe von Widerstandsbestimmungen an Kranken und Gesunden der Wheatstone'schen Methode, wählte jedoch eine etwas andere Anordnung der Brücke als Gärtner. (Das Nähere hierüber siehe im Original.) In Betreff des Leitungswiderstandes verschiedener Hautstellen fand er gewisse durchgreifende Unterschiede, welche auf wesentlichen und dauernden Verschiedenheiten einzelner Hautstellen beruhen müssen. Auffallend ist, dass innere Handflächen und Fusssohlen, denen man bisher allgemein den grössten Widerstand zugeschrieben hat, durch einen besonders kleinen Widerstand sich auszeichnen. An den inneren Handflächen schwankten die Widerstandsgrössen bei den 10 untersuchten Männern zwischen 22000 und 55000 S. E., bei 10 Frauen zwischen 16000 und 50000. Die nächst höheren Werthe fanden sich im Gesicht. Drosdorf und Erb fanden im Gesicht viel grössere Galvanometeraus-

schläge, als an Hand und Fuss, welche Thatsache sich nicht bezweifeln lässt. Trotz der Unterschiede nun, die durch die verschiedene Dicke der Epidermis erklärt werden dürften, bleibt die vom Verf. aufgestellte Thatsache sicher; es muss deshalb der geringere Galvanometerausschlag dadurch erklärt werden, dass der durchgeleitete Strom den Widerstand an den verschiedenen Hautstellen in verschiedener Weise beeinflusst und dass die Galvanometerablesung nur ein Bild des ungleichzeitig geänderten, nicht aber des ursprünglich vorhandenen Widerstandes gibt. Und in der That lehren die vom Verf. angestellten Versuche, dass die Widerstandsabnahme durch gleich starken constanten Strom an verschiedenen Hautstellen ausserordentlich verschieden ist und ferner, dass Hohlhandfläche und Fusssohle in der Regel ein besseres electrisches Leitungsvermögen besitzen als alle anderen Hautstellen, dass aber die Herabsetzung ihres Widerstandes durch den constanten Strom ausserordentlich viel geringer ist, als an allen anderen Hautstellen. Bei der Frage nach der widerstandsherabsetzenden Wirkung des constanten Stromes kommen zunächst zweierlei Einflüsse in Betracht. Erstens kann die bei jeder Durchleitung des constanten Stromes eintretende Erweiterung der Blutgefässe der Haut zu einem vermehrten Austritt von Gewebsflüssigkeit in die inneren Epidermislagen führen, gleichzeitig damit durch Anregung der Schweisssecretion die Durchfeuchtung der Epidermis begünstigt werden und endlich wird durch grossen Blutverlust der an die Epidermis grenzenden Schichten der Widerstand auch in diesen herabgesetzt. Neben diesen physiologischen Wirkungen des Stromes kommen noch die kataphorischen in Betracht, worunter man die unter dem Einflusse des constanten Stromes erfolgende Fortbewegung in porösen Leitern versteht. Gärtner hält diese physicalische Wirkung für die massgebende. Verf.'s Versuche lehren, dass auch nach Entfernung der Epidermis am Lebenden durch Einwirkung des constanten Stroms der Widerstand in gleichem Sinne beeinflusst wird, wie bei vorhandener Epidermis, d. h. er wird vermindert, während Gärtner an der epidermisfreien Leichenhand keine Verminderung nach elektrischer Durchströmung fand. Es muss also in den Verf.'s Versuchen wesentlich der physiologische Einfluss des Stromes auf die Blutgefässe die Widerstandsabnahme herbeigeführt haben. Nachdem noch die Veränderungen des Leitungswiderstandes durch hautröthende und schweisstreibende Mittel, sowie diejenige durch den Inductionsstrom besprochen sind und ein bemerkenswerther Versuch mit Amylnitrit (Anfangswiderstand der Wangen 43000, Inhalation von 10 Tropfen Amylnitrit gab Verminderung auf 27000 S. E.) mitgetheilt worden, schliesst Verf., dass der Leitungswiderstand der Haut durch solche Einflüsse, welche den Flüssigkeitsstrom nach derselben verstärken, beträchtlich herabgesetzt werden kann, dass also an der Widerstandsherabsetzung durch den constanten Strom neben der kataphorischen auch die physiologische Wirkung desselben erheblich betheiligt ist. Goldstein (Aachen).

534) **G. Hayem** und **A. Gilbert:** Note sur les modifications du système nerveux chez un amputé. (Veränderungen am Nervensysteme eines Amputirten.) (Arch. de physiol. norm. et pathol. 1884. 4. Heft.)

7 Jahre vor dem Tode war der rechte Arm knapp über dem Ellenbogen amputirt worden.

Am N. ulnaris fand sich ein 3 cm. langes Neurom, am Medianus und Radialis bedeutend kleinere. Beim Uebergang in das Neurom wird jede Nervenfaser des Nervenstammes durch ein Bündel sehr feiner Fasern von nervösem Bau ersetzt. Der N. ulnaris der operirten Seite erschien dicker als der der gesunden Seite; neben einer Hyperplasie des Bindegewebes fanden sich in ihm Bündel von sehr zahlreichen feinsten Nevenfasern, die denen in den Neuromen glichen, sodass sie wohl als neugebildete Nervenbündel (Regeneration in Folge eines fortschreitenden Degenerationsprocesses) angesehen werden dürfen.

Vordere und hintere Nervenwurzeln waren merklich atrophisch.

Vorderstrang und Seitenstrang des Rückenmarkes erschienen auf der Seite der Amputation, von der Cervicalregion bis ins Lendenmark hinab *grösser* als auf der gesunden Seite. In diesem Falle mag also eine Atrophie der Rückenmarksstränge durch eine angeborene Asymetrie verdeckt worden sein. Die Ganglienzellen der grauen Substanz waren namentlich zwischen 7. Cervicalnerven und 1. Dorsalnerven auf der operirten Seite bis auf den fünften Theil reducirt, in manchen Schnitten fand man kaum 1 - 2 normale Zellen. In der Regel handelte es sich dabei um einen rein atrophischen Process.

Am Gehirn fand man nichts auffälliges.

Obersteiner (Wien).

---

535) **Heinrich Lissauer:** Ueber Veränderungen der Clarke'schen Säulen bei Tabes dorsalis. Mit Zusatz von C. Weigert (Leipzig). (Fortschritte der Medicin 1884. 15. Febr.)

Schnittpräparate eines *normalen* Rückenmarkes, dem untersten Brusttheile entnommen, und nach der Weigert'schen Methode behandelt, zeigen in dem ganzen vor der Substantia gelatinosa Rolandi gelegenen Theile des Hinterhorns zahlreiche feine Nervenfasern vertheilt. Innerhalb derselben fallen die Clarke'schen Zellengruppen durch besonderen Reichthum an feinen Fäserchen auf. Bei gelungener Fuchsinreaction erscheinen schon dem blossen Auge die Clarke'schen Säulen als zwei intensiv rothe, bestimmt kontourirte Scheiben innerhalb der blassrothen Substanz des Hinterhorns, zu beiden Seiten der Hinterstränge. Bei typischer, tabischer Hinterstrangsklerose imponiren hingegen die Clarke'schen Säulen durch ihre Faserarmuth. Die wohl erhaltenen Ganglienzellen liegen in einem blassen, von faserigen, nervösen Elementen fast vollständig entblössten Bezirk, während die rings umher gelagerte graue Substannz noch eine grosse Zahl gut erhaltener Fasern besitzt. Mit blossem Auge betrachtet heben sich die Clarke'schen Säulen durch ihr farbloses, flaches Aussehen von der benachbarten grauen Substanz ab. Dies Verhalten entspricht einer tabischen Erkrankung höheren Grades. Selbstverständlich gibt es Ab-

stufungen dieser Veränderung. Verf. arbeitete mit der von Weigert angegebenen Färbemethode; zunächst mit Säurefuchsin und später mit Fuchsin in basischer Lösung, wobei die Entfärbung in verdünnterSalzsäure geschieht. Weigert bemerkt dazu, dass man die Veränderungen noch deutlicher wahrnimmt, wenn man die Schnitte mit Hämatoxylin stark färbt und sie dann in einer alcalischen Lösung von rothem Blutlaugensalz auswäscht. Die fraglichen Fasern werden dann tief schwarz, die Grundsubstanz hellgelb, die Ganglienzellen bräunlich, die Kerne aber nicht gefärbt. Goldstein (Aachen).

---

536) **Mabille** (Lafond): Pachyméningite de simulant une paralysie générale. Coloration ardoisée du cerveau. Difficulté du diagnostic de la paralysie générale et de la pachyméningite. (Ein Fall von Pachymeningitis unter dem Bilde der Paralyse. Schieferfarbe des Hirns. Schwierigkeiten in der Diagnose der Paralyse und Pachymeningitis.) (Ann. méd. psycholog. Juli 1884.)

Der vom Verf. beobachtete Fall verlief unter dem Bilde der allgemeinen Paralyse in 2 Jahren tödtlich. Es fand sich Pachymeningitis haemorrhagica; keine Zeichen von paralytischer Erkrankung waren am Gehirn vorhanden. Auf der einen Seite an der oberen Fläche der Hemisphäre, hatte die Hirnrinde ein schieferfarbiges Aussehen (wie es Baillarger in demselben Hefte der Annalen ausführlich beschreibt). Dabei nur Dekubitus am Kreuzbein. Das Rückenmark war nicht herausgenommen worden. Otto (Dalldorf).

---

537) **Baillarger:** De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et de ses rapports avec les eschares du sacrum. (Das schieferfarbige Aussehen des Gehirns bei der allgemeinen Paralyse und seine Beziehung zu dem Dekubitus am Kreuzbein.) (Ann. méd. psycholog. Juli 1884.)

Verf. hat schon vor Jahren auf das schieferfarbige Aussehen des Gehirns, insbesondere bei Paralytikern mit Dekubitus am Kreuzbein aufmerksam gemacht und theilt in vorliegender Arbeit die Resultate weiterer von seiner und anderer Seite gemachter Beobachtungen mit. Es werden 6 Fälle von allgemeiner Paralyse, ein Fall von chronischer Manie, von Pachymeningitis und chronischer Pleuritis mit Sektionsbefund vorgeführt, bei denen die genannte Veränderung des Gehirns und Dekubitus am Kreuzbein vorhanden sind.

Das Gehirn verhält sich dabei folgendermassen: Die Oberfläche ist schieferfarbig bis schwarz oder grünlich. (Eine kolorirte Tafel ist beigefügt.) Die Veränderung in der Farbe betrifft nur die graue Rinde und zwar in ihrer ganzen Dicke, die weisse Substanz hat zumeist das gewöhnliche Aussehen. Die so veränderten Rindenbezirke sind von gewöhnlicher Consistenz oder etwas weicher. Ihre Gefässe sahen schwarz aus. Am häufigsten sind die basalen Rindenabschnitte und das Kleinhirn betroffen, doch zuweilen auch die obere Fläche der Hemisphären und die Ventrikelwand und zwar tritt die Veränderung in verschieden grosser Ausdehnung auf. Der Uebergang ins Normale ist entweder

ein ganz rascher oder ein allmäliger. Ein fötider Geruch ist in der Hälfte der Fälle vorhanden.

Mikroskopisch finden sich nach Decaisne in der schwarzen, erweichten Rindensubstanz Fragmente von varikösen Nervenfasern in einem granulösen Stroma und viele Cholestearinkrystalle. Nach Calmeil sind die Gefässe allein schieferfarbig, im übrigen sind zahlreiche Eiterkörperchen vorhanden, soweit sich die abnorme Farbe der Rinde erstreckt. An den weichen Hirnhäuten finden sich oft keine Veränderungen abgesehen von denen der Paralyse etc., oft sind sie eitrig infiltrirt und so beträchtlich verdickt. Auch in den Ventrikeln findet sich öfter Eiter. Ausserdem sind oft Gasblasen in der Pia mater eingeschlossen. Im Arachnoidealraum ist eine mehr oder weniger trübe, oft übel riechende Flüssigkeit.

Die Rückenmarkshäute zeigen konstanter als die Hirnhäute die eben beschriebenen Veränderungen, besonders in ihrem hinteren Abschnitte, desgl. im Arachnoidealraum. Verf. bemerkt nochmals, dass die schieferfarbige Veränderung der Hirnrinde, abgesehen von Schädelverletzungen und Ohreneiterungen, immer nur zusammen mit Dekubitus am Kreuzbein vorkomme und verbreitet sich weiterhin über die Entstehung der Veränderung am Hirn sowie den Zusammenhang mit dem Dekubitus am Kreuz. Einige Forscher möchten zur Erklärung des schieferfarbigen Aussehens der Hirnrinde eine einfache Imbibition derselben mit ichorösem Eiter von den Hirnhäuten aus annehmen, nachdem vom Dekubitus am Kreuzbein aus eine eitrige Meningitis sich aufsteigend entwickelt habe. Andere halten die Veränderung am Gehirn für eine gangränöse. Gegen die erstere Anschauung lässt sich nur einwenden, dass in manchen Fällen kein Eiter in den Hirnhäuten vorhanden ist. Verf. beruft sich hierfür auf 2 schon am Anfang der Arbeit mitgetheilte Fälle und berichtet weiter über einen 3. in dem keine Meningitis und kein Eiter in den Hirnhäuten war. In solchen Fällen kann man die Veränderung als durch septische Embolie vom Dekubitus am Kreuzbein aus vermittelt ansehen. (Charcot - Ball.)

Es gibt also zweierlei Arten der Entstehung des schieferfarbigen Aussehens der Hirnrinde bei Dekubitus am Kreuzbein einmal durch sekundäre, vom Dekubitus ausgehende Meningitis cerebro-spinalis und Imbibition der Rinde mit Eiter von den erkrankten Hirnhäuten aus, sodann, wenn Meningitis und Eiter fehlen, durch Verschleppung septischer Partikelchen vom Dekubitus aus vermittelst der Blutgefässe nach der Hirnrinde. Uebrigens kommt auch spinale Meningitis desselben Ursprunges ohne das schieferfarbige Aussehen der Rinde vor.

Ein Dekubitus am Kreuzbein kann also die Schieferfarbe der Hirnrinde mit oder ohne Meningitis hervorrufen oder Meningitis allein ohne Veränderung der Rinde.

Die Häufigkeit der beschriebenen Veränderung am Gehirn des Paralytikers erklärt sich durch die Neigung der Gewebe zu brandigem Zerfall und die grosse Ausdehnung des Dekubitus am Kreuzbein bei dieser Krankheit sowie durch die lange Dauer des Lebens im paralytischen Marasmus. Otto (Dalldorf).

538) **José Armangué y Tusset:** Estudios clinicos de Neuropathologia. (Barcelona 1884. VI. & 244 S.)

Unter dem Titel „klinische Studien über Neuropathologie" veröffentlicht der Verf. eine Sammlung seiner einschlägigen Schriften, die in den letzten Jahren in mehreren Journalen zerstreut erschienen waren. Da sie in Deutschland bei ihrem ersten Erscheinen kaum bekannt wurden, obschon sie es wohl verdient hätten, mag eine ausführlichere Inhaltsangabe an dieser Stelle gestattet sein.

Den Anfang macht:

Meningitis propablemente granulosa (p. 1—69). An die ausführliche Krankengeschichte eines Kindes, das nach den Masern an Basilarmeningitis mit verschiedenen Lähmungen und Aphasie erkrankte, werden ausführliche Erörterungen mit reicher Literaturkenntniss angeknüpft. Bemerkenswerth ist die Heilung (mit Defect) durch grosse Gaben Jodkalium. Der Eifer, womit der Verf. den Satz vertheidigt, dass diese Meningitis nicht immer von Tuberculosis abhängen müsse, sondern auch von Scrophulosis abhängen könne, erscheint bei unseren gegenwärtigen Anschauungen über den Zusammenhang dieser Krankheiten, allerdings überflüssig, aber A. ist eben für diese Zusammengehörigkeit nicht eingenommen.

El Crémaster considerado como estesió metro (p. 70), enthält nur den Hinweis auf eine bereits erfolgte Publication und das Versprechen einer verbesserten neuen.

La Espermatorea y la impotencia por influencia psiquica (p. 71—80). Von zwei Freunden bekam der erste nach schlecht verstandener medicinischer Lecture, der zweite nach der Erzählung des ersten wirkliche Spermatorrhoe und Impotenz. Geheilt wurden beide ebenfalls auf psychischem Wege. Unter dem Vorwand, dass die Hyperästhesie der Eichel Schuld sei, wurde dem ersten eine überflüssige Circumcission gemacht, der zweite begnügte sich mit der Retraction des bis dahin nie zurückgeschobenen Präputiums. Keiner war Masturbant gewesen, bei dem ersten hatte die Krankheit vom 12. bis zum 19. Jahre bestanden.

Epilépsia pseudo-gástrica (p. 81—90). Unter diesem Namen beschreibt der Verf. zwei Fälle, bei denen dem epileptischen Anfall gastrische Beschwerden vorangingen, ohne dass diese übrigens als Ursache der Epilepsie angesprochen werden konnten (daher pseudo-gastrica). Bei dem einen Fall hatte sich aus partiellen Krampfanfällen des rechten Armes, nach Verwundung an der linken Seite des Schädels, später eine complete Epilepsie entwickelt, bei dem andern war heftiger Schreck deutlich als Erkrankungsursache nachzuweisen. Die gastrischen Beschwerden gleichen nach der Beschreibung ausserordentlich jenen bei Magengeschwüre, selbst Hämatemesis kommt bei beiden vor, der Verf. besteht aber auf deren nervöser Natur.

Casos de Afasia y Antonomasia (p. 91—103). Es werden 4 Fälle von Aphasie erzählt, bei denen hauptsächlich die Ursache der Erkrankung interessirt. Bei dem ersten Fall hatte eine Tänie einen Schwindelanfall und später durch einige Tage Aphasie verursacht,

nach Entfernung der Tänie complete Heilung. Im zweiten Falle konnte die Aphasie auf eine syphilitische Exostose des Schläfebeins geschoben werden. Im dritten Falle folgte auf eine heftige Gemüthsbewegung durch eine Woche Aphasie und linksseitige Parese, von welcher der Verf. glaubt, dass sie auf vasomotorischem Wege zu Stande gekommen war. Der vierte Fall betrifft einen hysterischen Knaben, der Anfälle von Koma, Krämpfen und vorübergehender Aphasie erlitt, Heilung erfolgte durch zweckmässig veränderte Lebensweise.

Casos de Parálisis por compresion (p. 104—109). Eine Frau litt in den letzten 2 Monaten der Schwangerschaft an Parese der unteren Extremitäten, die sich bis zur völligen Paralyse steigerte, dabei Ischias-ähnliche Schmerzen. Am zweiten Tage nach einer lange dauernden Entbindung hatten die Schmerzen aufgehört, am 8. Tage konnte sie gehen und bald darauf verschwand auch die Atrophie der unteren Extremitäten, die sich schon eingestellt hatte. Ein Mädchen mit Tumor albus im rechten Knie bekam, nachdem sie nur einen Tag Krücken gebraucht hatte, Anästhesie und Paralyse des rechten Armes. Die Anästhesie verwandelte sich nach zwei Tagen in multiple Neuralgien, die 3 Tage anhielten, die Paralyse wich völlig erst nach einem Monate. In beiden Fällen hatte also directe Compression der Nerven Paralyse verschuldet.

Caso de Urticaria crónica (p. 110—115). Ein sonst ganz gesunder Mann litt durch 8 Monate an einer eigenthümlichen Form von „Urticaria". Er fühlte plötzlich an irgend einer Stelle eines Körpers ein unerträgliches Jucken, das ihn zu heftigem Kratzen zwang, daraufhin entstand eine grosse Quaddel, die nach einigen Stunden wieder verschwand. Das wiederholte sich mehrmals täglich an den verschiedensten Orten der Haut und selbst auch der Schleimhäute, am meisten wurden aber Arme und Füsse betroffen. Alle möglichen Mittel konnten den Kranken nicht von der sehr peinlichen Affection befreien, bis er Morphium bekam (innerlich); nachdem er in drei Tagen 9 Ctgrmm. genommen hatte, war er vollständig geheilt. Da sich der Verf. sowohl die Entstehung als die Heilung der Krankheit als auf nervösem Wege zu Stande gekommen vorstellt, hat er die Krankengeschichte an diesem Orte angefügt.

La Fotoparestosia y la Coeura de Sócrates (p. 116—118). Bekanntlich veröffentlichte Lélut schon im Jahre 1836 eine Studie, in der er nachzuweisen suchte, dass Sokrates geisteskrank war, er stützt sich dabei hauptsächlich auf dessen Aeusserungen, über seinen Dämon, welche wahrscheinlich auf Gehörstäuschungen beruhen. Der Verf. stützt die Anschauung Lélut's durch ein neues Argument. Es wird von Sokrates erzählt, dass er gelegentlich der Belagerung von *Potidea* lange Zeit, ohne dadurch irgendwie belästigt zu werden, in die Sonne sah. Eine solche Unempfindlichkeit der Retina gegen grelles Licht, bei sonst normalem Sehen (Gaddi's *Photoparästhesie*) kommt aber gerade bei Geisteskranken mit religiöser Schwärmerei vor.

La jaqueca oftálmica (p. 119—244). Den Schluss der Sammlung bildet wieder eine sehr ausführliche Studie über die besonders seit

Galezowski allgemein bekannt gewordene *Hemicrania ophthalmica*. Zehn neue Krankheitsgeschichten und eine eingehende Analyse der gesammten Literatur bilden das Material. Der Verf. weist nach, dass diese Krankheit lange vor Galezowski, schon im vorigen Jahrhundert bekannt war und mehrfach gut beschrieben wurde. Er ist der Ansicht, dass sie keine selbständige Krankheit darstellt, sondern nur eine Varietät der Migräne, die ja auch noch unter vielerlei anderen Formen auftreten kann. Es finden sich sowohl Uebergänge zwischen Anfällen, die bloss die Augen betreffen und einer gewöhnlichen Migraine, als auch Alternirung, sowohl bei denselben Personen in verschiedenen Anfällen, als auch in verschiedenen Generationen bei vererbter Krankheit. Aetiologie, Verlauf und begleitende Erscheinungen sind bei der gewöhnlichen und der „Augen-Migraine" gleich, und bei beiden abhängig von den motorischen Nerven resp. dem Sympathicus. Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

539) **G. Reinhard** (Hamburg): Ein Fall von periodischem Wechsel der Haarfarbe. (Arch. f. path. Anatom. Bd. XCV. Hft. 2. 1884.)

Bei einer in Dalldorf beobachteten Idiotin von 13 Jahren fiel es in den ersten Monaten ihres Aufenthaltes auf, dass ihr Haar nicht immer die gleiche Farbe hatte, sondern bald dunkler bald heller aussah. Es wechselte von Zeit zu Zeit und zwar war es bald gelbblond bald goldröthlich und umgekehrt. Der Wechsel vollzog sich innerhalb 48—60 Stunden und ging isochron mit der Periodicität des psychischen Verhaltens einher, und zwar fiel das Stadium der goldröthlichen Haarfarbe in die Zeit der Erregung, während die gelblichblonde Farbe in dem stuporösen Zustande angetroffen wurde. Die Thatsachen fixirt Verf. am Schlusse seiner Abhandlung folgendermassen:

1) Im Zusammenhang mit sonstigen cerebralen Erscheinungen können auch trophische Störungen im Bereiche der Kopfnerven auftreten.

2) Diese trophische Störungen können sich sogar bis auf die Haare erstrecken.

3) Sie zeigen ebenso gut ein periodisches Verhalten, wie viele andere nervöse Erscheinungen.

4) Die betreff. Veränderungen im Haare kennzeichnen sich durch ein Erbleichen der Farbe.

5) Diese Erscheinung beruht auf einer abnormen Ansammlung von Luft und kann vorübergehend sein.

Goldstein (Aachen).

---

540) **Henry D. Chapin** (New-York): Lead paralysis in childern. (Bleilähmung bei Kindern.) (The medic. Record. 17. Mai 1884.)

Verf. erzählt ziemlich ausführlich 2 betreffende Krankengeschichten und schliesst daran die Bemerkung, dass wahrscheinlich manche Fälle sogenannter essentieller (spinaler) Kinderlähmung durch Bleivergiftung verursacht seien: einmal sei das Entstehen von subacuten Myelitiden durch Blei durch mehrfache Sectionen bewiesen (Burdsall) und dann

wisse man aus klinischen Beobachtungen (Seguin), dass in einer Reihe von Bleivergiftungsfällen die motorischen Störungen (auch die electrischen Veränderungen in Nerven und Muskeln) genau dieselben seien, wie sie bei der Poliomyelitis vorhanden zu sein pflegen.

Voigt (Oeynhausen).

---

541) **T. Searcy** (Tuscaloosa, Ala.): Hyperästhesic Brains. (Hyperästhetische Gehirne.) (The med. Record. 17. Mai 1884.)

Verf. sagt, dass das was man jetzt gewöhnlich Neurasthenie nennt, besser als Hyperästhesie des Hirns bezeichnet werde; diese sei das Primäre, die Neurasthenie nur die Folge. Diese Hyperästhesie nehme in der Bevölkerung mehr und mehr zu und entstehe durch folgende Ursachen: andauernde Schmerzen, Ueberanstrengung des Gehirns, hypo- und anästhesirende Arzneimittel (Alcohol, Tabak, Morphium etc.).

Voigt (Oeyenhausen).

---

542) **J. Ferguson** (Toronto, Canada): Spasmodic internal Strabismus. (The med. Record. 7. Juni 1884.)

Verf. erzählt den Fall eines 19 jährigen Mannes aus nervöser Familie, der als Uhrmacher Myopie des linken Auges und zeitweises Schielen desselben nach innen erwarb. Mit der Zeit trat letztere Erscheinung bei jeder Erregung auf, zugleich zeigten sich dabei öfter klonische Krämpfe des linken oberen Augenlides, auch Pupillendifferenzen. Die Ursache konnte nach F. nur in einer Affection der vom 3. Hirnnerven versorgten Augenmuskeln liegen, insofern sich aus einer solchen allein alle Erscheinungen erklären lassen. Durch ein Concavglas, sowie durch den Gebrauch von Ergotin mit Bromkali und Arsenik trat innerhalb 2 Monaten Heilung des Spasmus ein.

Voigt (Oeynhausen).

---

543) **Chr. Langaard** (Fredericia): Om Hysteri hos Börn. (Hysterie bei Kindern.) (Hosp. Tidende 1884. Nro. 38.)

Ein 7 jähriges, bis dahin völlig gesundes, kräftiges Bauernmädchen, ohne erbliche Disposition, erkrankt den Tag nach einem starken Eindruck auf ihre Phantasie — Anblick eines hin- und hertaumelnden betrunkenen jungen Mädchens — ganz plötzlich unter choreaähnlichen Erscheinungen. Auf diese folgte eine Woche später ein Zustand von Schlaffheit, der im Laufe weniger Tage in ausgesprochene Parese der genannten Rumpf- und Extremitätenmuskulatur überging, bei gleichzeitiger Herabsetzung der Sensibilität und Reflexerregbarkeit. Hin und wieder wurden dabei noch blitzschnelle klonische Krämpfe der Gesichtsmuskeln beobachtet. 3 Tage später zeigten sich heftige Schlundkrämpfe, die sowohl ohne Veranlassung, als besonders bei Schluckversuchen auftraten. Nach abermals 3 Tagen machten die Schlundkrämpfe häufigen krankhaften Hustenanfällen Platz, auf welche nach 2 Tagen vollständige Aphonie folgte. Auch diese dauerte nur 2—3 Tage. Dabei blieben die Paresen der Extremitäten und des Rückens

stets unverändert. Auch war während des ganzen Verlaufes Druckempfindlichkeit in beiden Regiones iliacae vorhanden. Die nach Eintritt der Aphonie begonnene faradische Behandlung, die Anfangs Herabsetzung der Reaction erkennen liess, führte ziemlich schnell zu einer Besserung der paretischen Erscheinungen. Anfänglich traten bei Bewegungsversuchen ausser der Schwäche noch deutliche Coordinationsstörungen auf. Bereits 1 Monat nach Beginn der Erkrankung konnte Pat. das Bett verlassen und einige Tage später waren alle krankhaften Erscheinungen verschwunden. Ausser einer leichteren Erregbarkeit und Weinerlichkeit waren während des ganzen Verlaufes keine *psychischen* Störungen zu beobachten. Dehn (Hamburg).

---

544) **Oscar von Landesen:** Ueber die epileptogene Zone beim Menschen. (Inaug. Dissert. Dorpat 1884.)

Verf. stellt die wenig zahlreichen Fälle von epileptogener Zone beim Menschen, d. h. der Fälle von Epilepsie, in welchen sich Anfälle willkührlich durch Reizung irgend welcher Partie der Körperoberfläche hervorrufen liessen, zusammen, und vermehrt dieselben durch einen selbst beobachteten interessanten Fall.

Ein 26 jähriger, erblich belasteter Commis, hatte in der ersten Kindheit schwere Brandwunden am Kopfe, deren Narben noch deutlich sichtbar, erlitten, war aber bis zur Pubertätsperiode gesund und geistig gut veranlagt.

Dann der Masturbation stark ergeben, bekam er im 16. Lebensjahre, als er einen schwer gehenden Hahn eines Fasses aufdrehen wollte und dabei mit der inneren Handfläche stark auf denselben drückte, den ersten epileptischen Anfall, dem eine von der Hand bis in den Kopf aufsteigende Aura voranging. Die Anfälle wiederholten sich anfangs in sehr langen Zwischenräumen (ca. 1 Jahr), die aber allmälich kürzer wurden (in der Regel jeden Monat). In den letzten Monaten vor der Aufnahme in die psychiatrische Klinik traten bei dem von jeher sehr heftigen und reizbaren Patienten deutlichere nervöse und psychische Störungen — heftige Kopfschmerzen, habituelle Verstimmung, Anfälle von unmotivirter Angst und Beklemmung, in welchen er umherirrte und Bewusstseinsstörungen zeigte, dabei krankhafte Zornmüthigkeit, Hang zu Gewaltthätigkeiten, Verwirrung, Stumpfheit der Auffassung — hervor.

Bei der Untersuchung erwies sich die *innere rechte Handfläche* als „*epileptogene Zone*“. Schon das feste Anfassen eines Gegenstandes mit derselben rief ein plötzliches Angstgefühl hervor, welches durch eine von dieser Stelle nach dem Kopfe ausstrahlende ziehende Empfindung eingeleitet wurde. Am wirksamsten zur Hervorrufung eines Anfalls von dieser Stelle aus erwies sich der Kitzel. Schon ein etwa $1^1/_2$ Minuten langes Kitzeln am rechten Daumenballen rief einen typischen Anfall hervor, der genau wie die spontanen verlief: zuerst Zuckungen in den Fingern der rechten Hand, dann der Vorderarmmuskeln, dann ziemlich plötzlicher Verlust des Bewusstseins, während jetzt in rascher Folge nach einander die Muskeln des rechten Oberarms, der Schulter und des Halses, die Kiefermuskeln, die des

rechten Facialis, Abducens, dann des rechten Beins, dann gleichzeitig der linken oberen und unteren Extremitäten und zuletzt die gesammte Rumpfmuskulatur von tonischen, dann klonischen Krämpfen ergriffen wurden. Die Sensibilität und cutane Reflexerregbarkeit sind dabei vollständig erloschen. Dem Anfalle folgt tiefer Schlaf, nach dem Erwachen vollständige Amnesie vom Momente des Hinstürzens an. Reizung der epileptogenen Zone mit dem faradischen oder galvanischen Strom ruft keinen vollständigen Anfall, sondern nur die Empfindung, als ob ein solcher bevorstehe, dann die Erscheinungen der Aura hervor. Uebrigens gelingt es auch durch Kitzeln, nur dann, Anfälle künstlich hervorzurufen, wenn eine gewisse Disposition, wenn die den spontanen Anfällen vorausgehenden Prodromalerscheinungen vorhanden waren, welche Erscheinungen nach künstlich erzeugten oder spontanen Anfällen für einige Zeit vollständig schwanden. Die spontanen Anfälle erfolgten meistens während der Nacht.

Nach 2 monatlicher Beobachtung Dehnung der nn. medianus und ulnaris in der Mitte des Oberarms (Prof. v. Wahl). Die spontanen Anfälle wurden danach seltener, die psychischen „Aequivalente“ häufiger und länger dauernd. Künstlich lassen sich nach wie vor Anfälle durch Reizung der epileptogenen Zone zur Zeit der Disposition hervorufen.

Die epileptogene Zone bot keinerlei Veränderungen ausser einer deutlichen Hyperästhesie. Verf. meint, dass das seltene Vorkommen einer epileptogenen Zone zum grossen Theil der geringen Aufmerksamkeit, welche dem etwaigen Vorhandensein dieser Eigenthümlichkeit bisher geschenkt wurde, zuzuschreiben sei. Auch auf den Zusammenhang der „Zonenepilepsie“ mit vorhergegangenem Trauma wird nachdrücklich aufmerksam gemacht. Dehn (Hamburg).

---

545) **Planat** (Saint-Pons): Observation d'épilepsie transmise de l'animal à l'homme. (Uebertragung der Epilepsie vom Thier auf den Menschen. (Ann. méd. psycholog. Mai 1884.)

Plaque und Gélineau behaupteten die Uebertragbarkeit der Epilepsie durch Secrete vom Thiere auf den Menschen. Verf. machte die Beobachtung, dass alte Eheleute, welche stets gesund, insbesondere auch ohne erbliche Disposition zur Epilepsie waren, plötzlich an epileptischen Anfällen nacheinander erkrankten und alsbald nach äusserst heftigen Attaquen starben. Diese Leute hatten eine Katze, welche an epileptischen Anfällen litt. Vor dem Auftreten der Krämpfe bei dem Ehemanne hatte das Thier letzteren gebissen, im übrigen pflegte es mit dem Ehepaar aus einer Schüssel zu essen.

Verf. lässt die Frage offen, ob für eine Uebertragung des epileptischen Virus (durch den Biss oder durch Aufnahme von Speichel der Katze in den Digestionstraktus) vorgelegen hat. Eine Entstehung der Epilepsie auf psychischem Wege möchte er nicht annehmen bei der Geringfügigkeit des Eindruckes, den eine derartig erkrankte Katze zumal bei dem Alter der Leute machen konnte.

Otto (Dalldorf).

---

546) **Bigot** et **Camuset** (Vaucluse): Démence simple d'origine syphilitique probable. (Einfache Demenz auf wahrscheinlich syphilitischer Grundlage.) (Ann. méd. psycholog. Juli 1884.)

Es handelt sich um einen Fall von einfacher fortschreitender Demenz bei einem 37 jährigen, früher syphilitisch inficirten Mann. Im Verlauf trat eine doppelseitige Oculomotoriuslähmung auf, die auf Jod wieder verschwand, während die Demenz zunahm und der Tod an Marasmus erfolgte.

Bei der Sektion fanden sich die weichen Hirnhäute verdickt, besonders an der Basis waren sie zu fibrösen Massen umgewandelt, indess ohne Adhärenz mit der Rinde. Die Basalgefässe waren in geringem Grade atheromatös. Obgleich auch die mikroskopische Untersuchung keine specifischen Produkte am Gehirn erwiesen hat, hält Verf. den syphilitischen Ursprung der Veränderungen für wahrscheinlich. Otto (Dalldorf).

---

547) **Aloys Braun** (München): Ueber die Anwendung von Brom-ammonium und Bromnatrium gegen Epilepsie. (Bayr. ärztl. Intelligenzblatt Nro. 18. 1884.)

Verf. rühmt die Verbindung der beiden Brompräparaten gegen Epilepsie (1 Gramm aa pro die) und führt einige Krankengeschichten an. (Vergl. dazu die Arbeit Erlenmeyer's in diesem Centralblatt pag. 410. 1884.) Goldstein (Aachen).

---

548) **Paul David:** Casuistische Beiträge zur Electrodiagnostik und Symptomatologie der peripherischen Facialisparalysen.
(Berliner Dissertation 1884.)

Zwölf gut beobachtete und ausführlich betreffs der electrischen Untersuchung dargestellte Fälle aus Eulenburg's Material.
Goldstein (Aachen).

---

549) **Edward C. Mann** (New-York): The necessity for a medical jurisprudence of inebriety. (Nothwendigkeit einer ärztlichen forensischen Beurtheilung der Trunksucht.) (The medical journal. Juni 1884.)

M. rügt den Mangel eines Gesetzesparagraphen über die Trunkenheit in crimineller Hinsicht. Selbst die längst als Geisteskrankheit erkannte Dipsomanie qualificire sich vor amerikanischem Gesetz nicht als strafmildernd. In gleicher Weise befreie in England und Frankreich Trunkenheit nicht von dem gewöhnlichen Strafmasse, während in Preussen, Schweiz, Oesterreich und vorzugsweise Baiern verminderte Zurechnungsfähigkeit in trunkenem Zustande angenommen wird.
Matusch (Sachsenberg).

---

550) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Unzuchtsdelikte mit Kindern in einem Zustande von Bewusstlosigkeit (wahrscheinlich auf Grund traumatisch entstandener Reflex-Epilepsie). (Friedreich's Bl. f. ger. Med. u. s. w. Jahrg. 1884 2. Heft, März und April.)

Joseph P., verheirathet, 49 Jahre, Zimmermann, zur Zeit Pfrundner im Siechenhause zu G., ist angeschuldigt, am 25. Mai 1883

an der 10 jähr. D. und der 9 jähr. G. in einer Arbeitshütte Notzucht begangen zu haben. Der Befund ergibt bei beiden Mädchen Onanie. Das jüngere ist von dem verdorbenen älteren verführt worden. P. gibt am 29. Mai an, er leide seit einem Sturz vor Jahren an Kopfschwäche, könne sich nur erinnern, die Mädchen geliebkost und beschenkt zu haben. P. soll früher dem Trunke sehr ergeben, sehr excessiv und deshalb oft gerichtlich beanstandet gewesen sein. Von der Frau ist er seit Jahren getrennt, machte 1879 einen Selbstmordversuch durch Ertränken und kam wegen Wahnvorstellung des Eingesperrtseins ins Siechenhaus. Der Verwalter desselben schildert ihn als brav und fleissig, doch bekomme er in Pausen von 14 Tagen bis Monaten Anfälle von der Dauer einiger Tage bis Wochen, in denen er gegen seine Umgebung gewaltthätig und gefährlich werde und isolirt werden müsse. Dieselben würden durch Trinken provocirt und hätten Trunksucht im Gefolge. In den Anfällen zeige er Verfolgungsdelir, aber nie geschlechtliche Anwandlungen. Nach dem Anfall besteht Amnesie. Der letzte wurde vom 10.—16. 11. 1882 beobachtet. Am 23. verlangte er Bromkali, am 25. brachte er seine Arbeit nicht vorwärts. In der Anstalt lebt auch ein epileptischer Bruder des P. Der Vater ist 54 J. alt, apoplektisch gestorben; die Mutter ist immer kopfleidend gewesen, wie ihre 4 Kinder; eine Schwester leidet beständig an Kopfweh. Unterm 17. 11. 1882 beantragt der Primarius Dr. F. die Unterbringung des P., der den Aufseher zweimal erstechen wollte, in die Landes-Irrenanstalt. P. klagt bei der Exploration über Kopfschwäche in Folge eines vor Jahren von einem Gerüst in Höhe des zweiten Stockwerks auf rechte Kopfhälfte und Schulter gethanen Falles. Danach keine Bewusstlosigkeit aber starkes Sausen auf dem rechten Ohr und Ausfluss aus demselben, beständiger Schmerz in der rechten Schläfe, er fühle sich wie rauschig, sei sehr reizbar, vertrage weder Hitze noch Kälte, auch keinen Alkohol. Seine körperliche und geistige Schwäche habe in der letzten Zeit zugenommen, „er komme sich oft vor, wie der Niemand.“ Sein Erinnerungsvermögen ist in der That schlecht. Es besteht Schlaflosigkeit, schreckhafte Träume, von sexueller Erregung weiss er Nichts, ebenso wenig von Epilepsie. Die Anfälle, die ihn wiederholt ins Spital brachten, machten ihn ganz dämmerhaft; sie kündigten sich durch Gereiztheit und Verstimmung an; auch den Selbstmordversuch müsse er in einem Anfall begangen haben. Am 26. 6. 1883 ist Explorat weinerlich, klagt über „Damischsein“ im Kopf, was von dem schlechten Wetter herrühre und sieht, namentlich auf der rechten Gesichtshälfte kongestionirt aus. Der Vorgänge vom 25. kann er sich nicht erinnern, will nur Soldaten und ein Weibsbild gesehen haben, glaubt nicht, dass die Mädchen bei ihm waren, da ihm, wenn er im Sturm sei, Alles aus dem Wege gehe. Die Amnesie wird durch Kreuzverhör bestätigt. Die rechte Schläfe zeigt nur oberflächliche Hautnarben, bei ihrer Durchtastung bekommt P. einen rothen, heissen Kopf, zuckt zusammen, wird gereizt, stiert vor sich hin. Dieser Zustand dauert noch eine Stunde. Vom 23.—30. 6. ist P. andauernd wirr, verzweifelt und trägt sich mit Selbstmordgedanken, die er durch

sein unheilbares Kopfleiden motivirt. Er ist stets zerstreut, vergesslich, weiss sich der Strafthat nicht zu erinnern. Die rechte Schläfe ist manchmal unempfindlich.

Gutachten.

Das planmässige der Strafthat (P. sollte nämlich die Kinder in seine Arbeitshütte gelockt, dort die Thür verriegelt und den coitus mit ihnen versucht haben) spricht nach wissenschaftlicher Erfahrung nicht gegen die Möglichkeit ihrer Ausführung im bewusstlosen Zustande. Das brunstartige Verlangen, von dem sie zeugt, steht im Widerspruch mit dem sonst geschlechtlich nicht bedürftigen Verhalten des P. Hierzu kommt die allmälig zunehmende Amnesie für den Zeitabschnitt, in den die That fällt, welche an epileptische Bewusstlosigkeits - Zustände erinnert. Ob bei P. Epilepsie vorliegt, ist nicht festzustellen. Dafür spricht die kopfkranke Ascendenz, die Epilepsie des Bruders, die frühere Trunksucht und das Trauma des P. Ferner wird Epilepsie wahrscheinlich gemacht, durch die geschilderten Anfälle geistiger Störung, sowie durch Kopfschmerzen mit Gereiztheit und Umneblung in der anfallfreien Zeit; endlich durch die seit Jahren zunehmende Vergesslichkeit und geistige Schwäche des P. P. ist demnach, wenn nicht Epileptiker, so doch seit Jahren, wahrscheinlich seit dem trauma, schwer hirnkrank und seine geistigen Funktionen auch in der anfallfreien Zeit schwer geschädigt, und leidet an anfallsweise auftretenden, Wochen bis Monate dauernden Zuständen von einer bis zur Aufhebung des Selbstbewusstseins sich erstreckender Sinnesverwirrung. Es ist wahrscheinlich, dass er vom 23. Mai ab sich wieder in einem solchen geistigen Dämmerungszustande befand, dessen Erscheinungen er noch darbietet. Er ist gemeingefährlich und bedarf der Aufnahme in die Irrenanstalt. Dieselbe wurde veranlasst. Landsberg (Ostrowo).

---

551) **Wollner** (Fürth): Mordversuch, mania transitoria.

(Friedreich's Bl. f. ger. Med. u. s. w. Jahrg. 1884. 2. Heft März und April.)

Der als Taglöhner in einer Brauerei beschäftigte Schneidergeselle A. Sch. wird am 5. Januar 1881 Morgens 11 Uhr wegen Trunkenheit entlassen und macht Nachmittags $3^1/_2$ Uhr auf die, in der Brauerei wohnende Zimmergesellenfrau St., nachdem er in ihr Zimmer getreten und sich mit ihr unterhalten, einen Mordversuch mittelst eines mitgebrachten, langen, feststehenden Messers, wobei er ihr 20 schwerere und leichtere Wunde beibringt. Er wird sofort eingefangen und wegen einiger Handverletzungen die er sich selbst zugefügt, in's Spital gebracht. Die vollkommene Motivlosigkeit der That wies auf Geistesstörung hin und die ärztliche Beobachtung des Sch. führte unterm 20. Februar zu folgendem Gutachten:

Der 23jährige Schneidergeselle A. Sch. machte den Todtschlagsversuch am 5. Januar 1881. Am Abende des 3. kam er sehr erhitzt nach Hause, was er von der Arbeit herleitete. Am 4. lag er zu Bett, genass Nichts und klagte über die Brust. Am 5. Morgens ging er zur Arbeit und vertilgte in 2 Stunden etwa $2—2^1/_2$ Schoppen Schnaps und 1 Glas Bier. Um 11 Uhr wegen Trunkenheit entlassen, kehrte er wankend ins Wirthshaus zurück, fällt um und wird in seine Woh-

nung gebracht. Um 1 Uhr ist er nicht zu erwecken; um 3 Uhr kommt er herunter, antwortet auf Vorwürfe nicht und verlässt verstört das Haus. Darnach begeht er die Strafthat, nachdem er zuvor ruhig mit der Frau geplaudert legt er das Messer weg, wirft eine Blumenvase um und sucht zu entfliehen. Bei seiner Verhaftung leistet er keinen Widerstand, stöhnt und wird der verwundeten Hand wegen in das Spital gebracht. Hier benimmt er sich höchst eigenthümlich, spricht nicht und macht sich durch Geberden verständlich; später fängt er an zu sprechen und ist nach ruhiger Nacht vollkommen vernünftig und behauptet ausser dem starken Branntweingenuss, von den Vorgängen des verflossenen Tages Nichts zu wissen; später zeigt er nur ein scheues Wesen. Im Gefängniss klagt er beständig über Kopfschmerz sowie über Druck auf der Brust. Er ist klein, schwächlich, anämisch, sonst gesund. Der Blick bald starr, bald ängstlich. Seine Intelligenz ist gut, ebenso seine Schulkenntnisse. Er ist gegenwärtig geistig gesund und zurechnungsfähig, leidet jedoch an Epilepsie und epileptischem Irresein. Denn erstens hat er im Sommer v. J. einen epileptischen Anfall gehabt; zweitens sind Fälle von Bewusstlosigkeit bei ihm vorgekommen, ebenso drittens Anfälle von vorübergehender geistiger Störung. Dafür, dass er die That in diesem Zustande epileptischen Irreseins begangen, sprechen erstens die Symptome, die er vor der That, am 4. und 5. darbot; 2. der Schnapsgenuss; 3. die Motivlosigkeit der That; 4. die Zerstörungswuth nach derselben; 5. der Widerspruch der That mit seinem sonst gutmüthigen Charakter; 6. sein Verhalten nach der That, welches entschieden gegen Simulation spricht. Sch. leidet demnach an Epilepsie und epileptischem Irresein und hat die That am 5. Januar im Zastande geistiger Störung begangen.

Fürth, 20. Februar 1883. Dr. Wollner.

Dem Obergutachten des Medizinal-Comités der Universität Erlangen, welches sich dem vorstehenden Gutachten völlig anschliesst, geht ein Bericht des Prof. Dr. Hagen voraus, wonach Sch. auch in der Anstalt Anfälle von transitorischer Seelenstörung gehabt hat, in denen er Umstehende angriff. Das Obergutachten widerlegt namentlich die Annahme von Simulation und bezeichnet die That, zu der jedes verbrecherische Motiv fehlt als den Ausfluss einer transitorischen Manie epileptischer Natur.

Landsberg (Ostrowo).

III. Aus den Vereinen.

Société médico-psychologique zu Paris.

Sitzung vom 31. März 1884. (Ann. méd. psycholog. Juli 1884.)

552) **Motet:** *Méthode graphique appliquée à l'étude de la folie à double forme. (Die graphische Methode und ihre Anwendung beim Studium der „folie à double forme".*

Vortr. spricht über die Anwendung der graphischen Methode bei der Betrachtung der circulären Geistesstörungen und zeigt verschiedene

Curven, welche den zeitlichen Verlauf und die Intensität der betreffenden Erkrankungen zur Darstellung bringen.

553) **Rey:** *Du poids de la l'encéphale, du cervelet, du bulbe, de la protuberance, des hémisphaeres et des membranes. (Ueber das Gewicht des Gehirns, Kleinhirns etc.)*

Vortr. gibt eine Zusammenstellung der Gewichte von 410 Gehirnen, die Broca in Bicêtre, Salpêtrière, Saint-Antoine und Pitié gesammelt hatte. Es sind in den Tabellen, welche des näheren im Original nachgesehen werden müssen, die Zahlen für das Gesammtgewicht sowie das Gewicht der einzelne Theile der Gehirne und die Verhältnisse der einzelnen Theile zum Ganzen, ausserdem Alter und Grösse der betreffenden Individuen angegeben. Otto (Dalldorf).

IV. Miscellen.

554) In einer der letzten Sitzungen der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirte Dr. Wagner einige Katzen, welchen er die Schilddrüse exstirpirt hatte. Anknüpfend an die Arbeit von N. Weiss über Tetanie nach Kropf-Exstirpationen führte er aus, dass zahlreiche Fälle bekannt sind, in welchen nach Exstirpation der Schilddrüse beim Menschen schwere Erscheinungen von Seite des Nerven-Systems eingetreten sind. Sämmtliche von ihm operirten Thiere verendeten spätestens nach zwanzig Tagen. Schon zehn bis fünfzehn Stunden nach der Operation traten die ersten Krankheits-Erscheinungen auf und zwar Zittern sämmtlicher Muskeln, besonders der Extremitäten, hierauf epileptiforme Krämpfe und schliesslich Tetanus. Der Sections-Befund war stets negativ. Bei der Operation selbst wurden grössere Nerven, besonders die Recurrentes, deren Verletzung man der Tetanie zuschrieb, nicht verletzt. Das Bild, welches die operirten Thiere darboten, könne am besten jenem nach Exstirpation der Nieren verglichen werden. Es ist also immerhin möglich, dass die Schilddrüse gewisse, dem Organismus schädliche Stoffe ausscheidet. Zwei Thiere denen Wagner nur die halbe Schilddrüse exstirpirte, blieben gesund. Billroth bemerkte, dass die Fälle von Tetanie nach vollständiger Kropf-Exstirpation beim Menschen nicht so häufig seien und zumeist nervöse, hysterische und leicht reizbare Individuen betroffen haben; bei jugendlichen Personen scheine der Eingriff gefährlicher zu sein. —

(Med. Neuigkeiten Nro. 27. 1884.)

V. Tagesgeschichte.

Aus Bern. Die neu zu erbauende Irrenanstalt in Münsingen ist eine Heil- und Pflegeanstalt, welche in ihrer Grössenanlage und sonstigen Construction darauf berechnet ist, den Bedürfnissen des Cantons Bern für die Unterbringung der Geisteskranken Genüge zu leisten. Es wird hiebei an der Annahme festgehalten, dass eine richtig organisirte Irrenpflege auf je 500 Einwohner einen in der Anstalt unterzubringenden Kranken zählt.

Die Anstalt wird aus sanitarischen und öconomischen Gründen mit einem ausgedehnten landwirthschaftlichen Betrieb verbunden.

Der Bau wird successiv ausgeführt, je nach dem für den Canton das Bedürfniss, weitere Patienten unterzubringen, vorhanden ist und je nach dem Verhältniss der finanziellen Kräfte des Staates. Das Bauproject nimmt von Anfang an Bedacht auf die spätere Vollendung des Ganzen, damit schliesslich die einzelnen Theile eine richtige architectonische, organische Einheit bilden.

Mit Bezugnahme auf die neuesten Fortschritte im Irrenbaufach und mit besonderer Rücksicht auf den successiven Bau, wird die neue Anstalt in Münsingen nach dem System des gesonderten Häuserbaues errichtet und zerfällt in folgende Abtheilungen:

1) Die Administrationsgebäude, welche in die Mitte des Ganzen zu liegen kommen, und die Wohnungen und Bureaux für die Beamten und einen Theil der Angestellten enthalten und worin sich die Küche, die Vorrathskammern, das Waschhaus, die Dampfkessel, Werkstätten, allgemeine Versammlungsräume (Bet- und Festsaal), die Bibliothek, der wissenschaftliche Arbeitsraum und die Leichenhalle befinden. Die Gliederung dieser Räumen geschieht nach den allgemeinen hiefür geltenden Grundsätzen, wobei mit Ausnahme der Keller und gewisser Vorrathskammern keine unterirdischen Locale angebracht werden dürfen.

2) Die Wohngebäude für die Kranken, welche unter Beobachtung der Trennung der Geschlechter rechts und links von der Administration zu liegen kommen.

Dieselben begreifen vorerst für die Männer und die Frauen je ein Centralasyl, das in Abtheilungen zerfällt für die frisch aufgenommenen Kranken, für Solche, welche einer fortwährenden Bewachung bedürfen, für die Paralytischen und sonstigen körperlich ganz Geschwächten und für die ganz Unruhigen und Gefährlichen.

Sollte die Anstalt auch für die Epileptischen bestimmt werden, so würde für diese Unglücklichen hier ebenfalls Raum zu schaffen sein. Die Grösse dieser Centralkrankengebäude muss so berechnet sein, dass circa ein Dritttheil sämmtlicher Patienten (ohne die Epileptischen) dahin verlegt wird.

In einer gewissen Distanz von diesen ärztlichen Centralgebäuden werden die detachirten Villen oder die Wohnhäuser für die übrigen Pat. errichtet. Dieselben bestehen aus kleineren freundlichen Gebäuden, in welchen 25—30 Personen, welche ruhig sind, und bei denen die freiere Verpflegung angezeigt ist, untergebracht sind.

Für contagiöse Krankheiten wird entweder eine besondere Baracke errichtet oder eine einfache transportable Feldbaracke angewendet.

Bei allen Gebäuden ohne Ausnahme ist neben der Solidität die grösste Einfachheit im Baustil zu beobachten. Dieselben sind durch Wege so unter sich zu verbinden, dass die Ueberwachung in möglichst leichter Weise geschehen kann. Es sollen auch alle Wohnhäuser in der Art angelegt werden, dass sie womöglich die südöstliche Exposition, die verticale Trennung, den sanitarisch geforderten Cubikinhalt Luft, zweckmässige Ventilation, hinlängliches Trink- und Nutzwasser mit leichtem Abfluss und Aborte nach dem Tonnensystem haben. Die einzelnen Gebäude sind selbstverständlich mit freundlichen Aufenthaltsgärten zu versehen.

Aus Berlin. Das Curatorium der Irrenanstalt zu Dalldorf hat in seiner letzten Sitzung beschlossen den städtischen Behörden die Erbauung einer zweiten grossen Irrenanstalt vorzuschlagen. Dieselbe soll 1200 Personen aufnehmen können, da die Anstalt zu Dalldorf überfüllt ist und die Stadtgemeinde schon jetzt fast 700 Kranke in Privatpflege unterbringen muss. Es lässt sich sogar mit Bestimmtheit vorhersagen, dass die neue Anstalt bei ihrer Vollendung fast gefüllt werden wird, da jedes Jahr die Zahl der von der Stadt zu erhaltenden Geisteskranken um 100 wächst.

Am 30. September waren in Dalldorf verpflegt, Irren und Idioten 1244, in Privatanstalten 645, in der Idiotenanstalt 110 und in Privatpflege 16 idiotische Kinder.

VI. Berichtigung.

Nach dem in Nro. 19 des Centralblattes enthaltenen Referate des Herrn Dr. Richter in Dalldorf über meinen auf der *Magdeburger Naturforscher-Versammlung* gehaltenen Vortrag soll ich in diesem geäussert haben, dass „die agrikole Irrenkolonie in der Nähe einer geschlossenen Anstalt liegen müsse.“ Diese Ausdrucksweise muss zu dem Missverständniss führen, dass nach meiner Ansicht jede Anstaltseinrichtung, die im engeren oder weiteren Sinn unter den Begriff „Irrenkolonie“ fällt, in irgend welchem Abhängigkeits-Verhältniss, oder überhaupt irgend welcher organischen Verbindung mit einer in der Nähe liegenden geschlossenen Mutteranstalt stehen müsse. Da eine solche Bedingung zu meinen weiteren Ausführungen in jenem Vortrage und vor Allem zu einem der wichtigsten Principien, auf denen die Einrichtung der *Alt-Scherbitz'er* Anstalt basirt, in directem Widerspruche steht, so halte ich es für unerlässlich, darauf hinzuweisen, dass der betreffende Passus meines Vortrages folgendermassen lautet:

> „Mit der Bezeichnung der agrikolen Irrenkolonie belegt man *gewöhnlich* die Einrichtung eines oder mehrerer, in der Nähe einer geschlossenen Anstalt liegender, aber von dieser räumlich getrennter Landgüter zum Zwecke der freieren Verpflegung und Beschäftigung von, aus der Mutteranstalt ausgewählten Geisteskranken.“

Ich habe dann weiter ausgeführt, dass die nach diesem Grundsatze bisher eingerichteten Colonien, obgleich sie einen in hohem Grade anzuerkennenden Fortschritt in der humaneren Gestaltung der Irrenpflege bildeten, doch manche Unvollkommenheiten an sich trügen, welche *zum Theil* daran Schuld sein mögen, dass die Zahl der vorhandenen Colonieen eine noch so geringe sei, obgleich deren Vorzüge ziemlich allgemein anerkannt wären. Deshalb habe man es eben in der Provinz Sachsen bei der Wahl des agrikolen Systems für die zweite Anstalt *anders* gemacht und in Alt-Scherbitz nicht eine Colonie nach dem

Muster der bereits bestehenden, sondern eine **selbstständige** Heil- und Pflege-Anstalt mit agrikolem Betriebe errichtet, „welche die für eine bestimmte Categorie von Kranken unleugbaren Vorzüge der geschlossenen Anstalten mit denen der Colonieen unter thunlichster Vermeidung der beiderseitigen Mängel möglichst vereinigen sollte.“ Derselbe Grundsatz ist auch von den nach dem Muster von Alt-Scherbitz errichteten, resp. in der Errichtung begriffenen agrikolen Irren-Anstalten richtig aufgefasst und als massgebend für deren Einrichtungen acceptirt worden.

Weiterhin möchte ich bitten, den Passus des Referats, „Es sollte sich der dritte Theil der Kranken in einer Central-Anstalt befinden“ nach dem Wortlaute des Vortrages dahin verstehen zu wollen, dass dieses Zahlenverhältniss zwar für Alt-Scherbitz gewählt ist und sich hier sehr gut bewährt hat, dass ich die Innehaltung desselben aber nicht als allgemeines Princip hingestellt haben möchte, da dieses Zahlenverhältniss von mancherlei äusseren Umständen abhängig ist und daher nach Ort, Aufnahme-Modus, Nationalität, Volkscharakter etc. variiren wird. Bei sonst gleichen Einrichtungen wird das Anstaltsprincip dadurch nicht wesentlich alterirt werden, dass hier und da sich auch einmal mehr als ein Drittel der Kranken der Behandlung in einer Central-Anstalt bedürftig erweisen sollte. Paetz.

Rittergut Alt-Scherbitz, den 13. October 1884.

VII. Personalien.

Offene Stellen. 1) Jena (Irren-Anst. u. psych. Klinik) erster Assistenzarzt, 1. Januar 1885. 2) Heidelberg, (Irrenklinik) Ass.-Arzt, sofort, 900 M., freie Station.

Ernannt. Unser verehrter Mitarbeiter, Herr Dr. Langreuter in Dalldorf ist zum 1. Hilfsarzt in Eichberg ernannt und tritt die Stelle am 1. December an.

Herr Dr. **Möbius** wünscht seiner Arbeit in der vorigen Nummer folgende Zusätze zu machen: pag. 459 Zeile 10 v. u.: Nach dem Worte „Beobachtung“ ist zuzufügen: „Das Intervall betrug hier etwa 9 Jahre“; Pag. 460 Z. 4 v. o.: die ganze „linke“ Seite; Pag. 461 Z. 15 v. o.: vor „Gürtelgefühl“ ist einzufügen: „Myosis und reflectorische Papillenstarre. Pag. 462 Z. 19 v. o.: „rothe“ Flecken.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 11/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quarta 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **15. November 1884.** **Nro. 22.**

INHALT.

I. Originalien. M. Bernhardt: Ueber isolirte Armnerven- und combinirte Schulterarmlähmungen.

II. Referate und Kritiken. Wernicke: Ueber die motorische Sprachbahn und das Verhältniss der Aphasie zur Anarthrie. Kowalewsky: Echinococcus cerebri. Tarnowskoja: Ueber Veränderungen des Rückenmarks bei Dehnung des Ischiadicus. Rumpf: Ueber Rückenmarksblutung nach Nervendehnung nebst einem Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. Pitres: Clitoriscrisen im Beginn oder im Verlaufe der Tabes dorsalis. Unruh: Ueber die Aetiologie der Tuberculose des Gehirns und seiner Häute. Cornwell: Ophthalmoscopie bei Nervenkrankheiten. Rupprecht: Kropfoperation und cerebrale Cachexie. Bouteiler: Behandlung des Tetanus traumaticus und der Chorea mit Anwendung von Aetherzerstäubungen längs der Wirbelsäule. Stepanow: Ueber die Wirkungen der statischen Electricität. Gybney: Die Behandlung der Ischias mit starkem galvanischem Strom. Pusinelli: Versuche mit Cannabin. tannic. und Paraldehyd. Lipburger: Ein Beitrag zur Behandlung peripherer Neuralgien mit Ueberosmiumsäure. Citrin: Ein Fall von Amaurose nach einem epileptischen Anfall. Béraud: Schwangerschaft und Epilepsie. Popow: Ueber die Bedeutung tiefer Temperatursenkung im Verlaufe von Geisteskrankheiten. Zacher: Ueber den sogenannten „spastischen Symptomencomplex" bei der progressiven Paralyse.

III. Aus den Vereinen. I. Academie des Sciences. II. Association francaise pour l'avancement des sciences.

IV. Miscellen. Statistische Notizen über die bayr. Irrenanstalten. Irrenwesen in Italien.

V. Personalien.

I. Originalien.

Ueber isolirte Armnerven- und combinirte Schulterarmlähmungen.

Von

Prof. M. BERNHARDT.

Beobachtungen über Lähmungen einzelner Muskelgruppen und Nervenstämme an den oberen Extremitäten besitzen wir in der Literatur eine nicht unbedeutende Anzahl. Wenn ich es trotzdem wieder unternehme über einige solcher in jüngster Zeit von mir behandelten Läsionen Mittheilung zu machen, so veranlasst mich dazu die Ueberlegung, dass neben der grossen Häufigkeit *einiger* derartiger Paralysen andere immer noch als relativ seltene betrachtet werden können. Vielleicht auch bieten die ätiologischen Momente in einzelnen

Beobachtungen (II. III.), und dann die Beobachtung IV an sich und einige literarische Notizen ein gewisses Interesse, wodurch die folgende, übrigens so kurz wie möglich gehaltene Publikation gerechtfertigt wird.

I. *Isolirte Lähmung des linken m. deltoideus.*

Der 37 jährige Tapezierer H . . . . . war Ende December 1883 auf die linke Schulter gefallen. Der Arm war *nicht* luxirt, die Erhebung desselben aber sofort unmöglich gewesen. Als ich den Pat. Ausgangs April 1884 zum ersten Mal sah, konnte er den linken Arm nach allen Richtungen wieder frei erheben (bis zur Horizontalen und über dieselbe hinaus): nur das Herauslangen von Gegenständen aus der Hosentasche war noch schwierig. Ausser am linken Oberarm, wo der etwas gegen rechts abgeflachte m. deltoideus sich an den Oberarm inserirte, fand sich eine entschiedene Herabsetzung der Sensibilität gegen Berührung und Schmerz, (Läsion des n. cutaneus brachii super. poster., Astes des n. axillaris), andererseits traten Schmerzen ein, wenn Pat. auf der linken Schulter lag. Die übrigen Bewegungen der linken Schulter-, Oberarm-, Vorderarm- und Handmuskeln waren intakt und die elektrischen Erregbarkeitsverhältnisse dieser Muskeln normal. Die elektrische Untersuchung des n. axillaris und m. deltoideus ergab bei indirekter Reizung (z. B. vom sogenannten Erb'schen Punkt in der Oberschlüsselbeingrube aus) auch bei den grössten Stromstärken weder bei faradischer noch galvanischer Reizung eine Reaktion. Die direkte faradische Reizung des Muskels war erfolglos: bei direkter galvanischer erfolgten (bei bedeutend *höheren* Stromstärken, als rechts an der gesunden Seite) *träge* Schliessungszuckungen und zwar so, dass die ASz überwog.

(*Linke* (kranke Seite) KaSz bei 35^0
träge Zuckungen. ASz bei 25^0
Rechte (gesunde Seite) KaSz bei $7^1/_2{}^0$
blitzartige Zuckungen. ASz bei 15^0.)

Hier war also innerhalb vier Monaten nach der Entstehung der Lähmung die aktive Beweglichkeit fast vollkommen zurückgekehrt, während eine elektrische Exploration noch das Fortbestehen schwerer Veränderungen anzeigte. Sehr leicht (und Pat. spielte auch darauf an) hätte man in diesem Falle, ohne die Ergebnisse der elektrischen Untersuchung zu berücksichtigen, den Kranken für einen Simulanten halten können. Die Thatsache des bei heilenden schweren Lähmungen oft sehr deutlich restituirten Willenseinflusses bei noch bestehender Entartungsreaktion ist lange bekannt, wenngleich ihre vollgiltige Erklärung auch heute noch nicht in ganz befriedigender Weise gegeben ist. Ich unterlasse es, an diesem Ort näher darauf einzugehen.

II. *Isolirte Lähmung des rechten N. musculo-cutaneus.*

Der 37 jährige Former R e . . k e war am 9. April 1884 auf seine rechte Schulter gefallen. Eine Fraktur oder Luxation des Oberarms war *nicht* erfolgt, wohl aber eine starke Contusion desselben: noch $2^1/_2$ Woche später, als ich den Kranken (26. 4.) zum ersten male sah, war die Haut der ganzen Innenseite des rechten Oberarms von grünlichblauen Streifen (Ecchymosen) eingenommen. Erheben des

ganzen Arms war, wenn auch etwas schmerzhaft im Schultergelenk, so doch gut ausführbar: die aktive Beweglichkeit und die elektrischen Erregbarkeitsverhältnisse des rechten m. deltoideus waren normal. Ebenso kamen Streckungen des Vorderarms, Streckungen und Beugungen der Hand und Finger gut zu Stande: im Gebiet des n. radialis, ulnaris, medianus bestand keine Beeinträchtigung der Motilität, keine durch eine veränderte elektrische Erregbarkeit etwa nachzuweisende Anomalie. Befahl man dem Kranken aber, den Vorderarm und Ellenbogen gegen den Oberarm zu *beugen*, so kam die Bewegung nur *langsam* und *unvollkommen* zu Stande: während die *eigentlichen Beuger* (m. biceps, brachialis internus) *absolut schlaff* blieben, trat der Contour des vicariirend eintretenden m. supinator longus in ausserordentlicher Deutlichkeit hervor. Dabei war die indirekte und direkte faradische Erregbarkeit des m. biceps und brachialis int. gegen links enorm herabgesetzt, desgleichen die indirekte galvanische Erregbarkeit; bei direkter Reizung mit dem galvanischen Strom erfolgten langsame, träge Schliessungszuckungen, ASz = KaSz..

(Schwere Modifikation der Mittelform einer Lähmung).

In Bezug auf die Sensibilitätsverhältnisse bestand ein subjectives Taubheitsgefühl längs der ganzen Radialseite des rechten Vorderarms bis zum Daumenballen hin: ja auch an den Fingerspitzen der übrigen Finger (also im Medianus- und Ulnarisgebiet) wurde, wenigstens in der ersten Zeit, ebenfalls über ein Gefühl von Taubsein geklagt.

Unter einer zweckentsprechenden galvanischen Behandlung trat im Laufe von drei Monaten eine allmälig immer deutlicher zu Tage tretende Besserung ein. Schon seit Wochen kann der Kranke wieder seine gewohnte Arbeit verrichten.

Isolirt im Gebiet des n. musculocutaneus auftretende Lähmungen sind nicht allzuhäufig beschrieben: ich selbst hatte unter der überaus grossen Anzahl von Beobachtungen über Lähmungszustände an den oberen Extremitäten erst einmal eine derartige isolirt auftretende Paralyse zu untersuchen Gelegenheit[1]). *Interessant* erscheint mir für den eben mitgetheilten Fall noch *das ätiologische Moment* der durch den Fall und die gewaltsame Anpressung des Oberarms an den Thorax entstandenen Quetschung der Beugemuskeln des Arms und des sie innervirenden Nerven. Wie berichtet, war nur dieser, der musc.-cutaneus in erheblicher Weise von der Läsion betroffen worden. Die geringen, im Bereich der n. n. medianus und ulnaris aufgetretenen Störungen der Sensibilität fanden ziemlich schnell eine Ausgleichung: motorisch war, wie schon berichtet, das Gebiet dieser Nerven durchaus frei geblieben.

Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis.

III. *Neuer Fall einer sogenannten Erb'schen Lähmung.*

Der zur Zeit 50 jährige Kassenbote L. Ki.....n war im Febr. 1880 ausgeglitten, als er auf der linken Schulter und in der rechten Hand nicht unbedeutende Lasten trug. (Auf der linken Schulter ruhte

---

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 78. S. 277. 1879.

ein Geldsack, 8000 Mark enthaltend, in der rechten Hand ein Beutel, enthaltend 3000 Mark.) Patient fiel *nicht:* aber in dem Bestreben sein Gleichgewicht zu erhalten, muss er wohl mit dem rechten Arm abnorme und sehr intensive Bewegungen ausgeführt haben, denn obgleich er (sofort) weder Schmerzen noch eine besondere Schwäche fühlte, fing innerhalb der nächsten 3—4 Wochen an der rechte Arm abzumagern und immer schwächer zu werden. Schmerzen, Sensibilitätsstörungen sollen dabei nie aufgetreten sein.

Jetzt (Mitte September 1884), also $4^3/_4$ Jahre nach dem Beginn des Leidens, (18. 9. 1884 sah ich den Pat. zum ersten Male), lässt sich Folgendes constatiren: Der rechte m. deltoideus ist atrophisch und vollkommen gelähmt; zwischen dem Akromion und dem Oberarmkopf besteht eine deutlich sichtbare Einsenkung; Erheben des Arms, Abduktion desselben durchaus unmöglich. Muskulatur an der Innenseite des rechten Oberarms dünn, schlaff: Beugung des rechten Vorderarms zum Oberarm absolut unausführbar. — Beugt man den Vorderarm passiv zum Oberarm und giebt dem Kranken auf, diese Stellung einzuhalten, wenn man den Vorderarm passiv strecken will, so gelingt dies mit der leichtesten Mühe. Der sonst bei derartigen Anstrengungen von Seiten des Kranken (vgl. den obigen Fall von Biceps- und Brachialislähmung) vicariirend benutzte und deutlichst hervortretende m. supinator longus theilt das Schicksal der Atrophie und Lähmung der übrigen Armbeuger. Soll ferner der Kranke bei halb zum Oberarm gebeugten *Vorderarm* denselben *supiniren*, so ist dies *nicht möglich:* wohl aber kommen *Rotationen des ganzen Arms, sowohl nach innen*, wie nach *aussen* hin *gut zu Stande.*

Streckung des passiv gebeugten Vorderarms, Streckung der Hand und Finger, sowie Beugung derselben sind durchaus frei. — Es besteht also eine *atrophische Lähmung* im Bereich des *rechten deltoideus, biceps, brachialis internus, supinator longus und supinator brevis;* betheiligt daran sind die Gebiete der n. n. axillaris, musculocutaneus und der für supinator longus, brevis und einen gewissen Theil der brachialis internus Muskulatur bestimmten, dem Radialisgebiet angehörigen Fasern.

Alle die als atrophisch und gelähmt beschriebenen Muskeln sind im deutlichsten Gegensatz zu links sowohl bei indirekter wie direkter Reizung mit beiden Stromesarten nicht zu erregen. Der Kranke ist *nie* elektrisch behandelt worden (erst $4^3/_4$ Jahre nach dem Eintreten des Leidens kam er zu mir). Die Prognose ist natürlich ungünstig zu stellen; trotzdem soll durch eine regelrechte elektrische Behandlung der Versuch zur Herbeiführung einer Besserung gemacht werden.

Wollte man von dem sogenannten Erb'schen Punkte aus in der rechten Oberschlüsselbeingrube die gesammten hier gelähmten Muskeln in Erregung versetzen, so gelang dies in deutlichster und überzeugendster Weise *nur* an dem *m. infraspinatus.* Man sah seine Contractionen sehr deutlich (oben schon wurde berichtet, dass der Kranke sehr wohl im Stande war, den Oberarm nach aussen zu rotiren); ebenso reagirte er und der wohlausgebildete m. supraspinatus bei direkter

Reizung; desgleichen waren der m. cucullaris, die rhomboidei, der pector. major und minor, endlich der m. serratus anticus major aktiv unversehrt und elektrisch wohl erregbar. Wir haben hier also einen Typus der von Erb[1]) im Jahre 1874 zuerst in *Deutchland* beschriebenen Art der Plexuslähmung vor uns. Ich unterlasse es, an diesem Orte weiter auf die hier sich aufwerfenden Fragen einzugehen, um so eher, als ich in einer im März 1882 erschienen Arbeit,[2]) sowie in einer in diesem Journal[3]) erschienenen Notiz und in meiner Elektrodiagnostik und Elektrotherapie[4]) diese Dinge ausführlicher besprochen habe. Auf die eben erwähnten Mittheilungen verweise ich auch die, welche genauere Literaturangaben wüschen. Nur folgendes erlaube ich mir noch hervorzuheben. 1) Im Gegensatz zu meinen 1882 mitgetheilten Beobachtungen über dieselbe Affektion war in dem hier mitgetheilten Falle das Gebiet des n. suprascapularis (m. supra- und infraspinatus) *frei*, wie dies auch von anderen, so speciell von E. Remak[5]) für seine Fälle hervorgehoben worden ist. — 2) Erscheint mir das ätiologische Moment in diesem Falle von Bedeutung: es handelte sich offenbar um eine abnorme Zerrung und Dehnung der im 5. und 6. Cervicalnerven noch vereinigt liegenden Nervenwurzeln: denn weder ist hier durch einen Fall auf die Schulter eine Contusion oder Compression auf diese Gegend ausgeübt worden, noch hat eine direkte Läsion diese Stelle getroffen oder eine „Erkältung" das Leiden bedingt. Langsam hat sich nach dem oben geschilderten Ereigniss die Affection herausgebildet, als deren pathologisch anatomische Grundlage ich nach abnormer Dehnung und Zerrung eingetretene Neuritis mit Ausgang in vollkommene Degeneration der davon betroffenen Nerven anzunehmen geneigt bin. 3) Als im Jahre 1874 Erb durch seinen am 10. November im Heidelberger Naturhist.-Med. Verein gehaltenen Vortrag zum ersten mal wieder die Aufmerksamkeit auf diese eigenthümliche Lokalisation von Lähmungen im plexus brachialis lenkte, erwähnte er der Aehnlichkeit dieser seiner Fälle mit den schon von Duchenne beschriebenen sogenannten „Entbindungslähmungen" bei Neugeborenen von denen er selbst dann (vgl. auch meine Publikation und vor Allem die Seeligmüller's[6]) über derartige Fälle) Beispiele mittheilt. — Seine Beobachtungen an Erwachsenen stammen seiner eigenen Aussage nach[7]) sämmtlich aus den Jahren 1866—1868. — Beim Durchsehen der Duchenne'schen Casuistik fand ich nun in dessen *erster* Auflage seiner *Electrisation localisée aus dem Jahre 1855* zwei Beobachtungen

---

[1]) Erb: Ueber eine eigenthümliche Localisation von Lähmungen im Plexus brachialis. — Verhandl. des Naturhist.-Med.-Vereins zu Heidelberg. Nro. 5. 1. 2. S. 130—136. 1875.

[2]) Bernhardt: Zeitschr. für klin. Medic. 1882 Nro. 7.

[3]) Erlenmeyer's Centralblatt 1882 Nro. 15.

[4]) Elektrotherapie etc. S. 249 und 402.

[5]) Remak: Berl. klin. Wochenschr. 1877 Nro. 9.

[6]) Seeligmüller: Berl. Klin. Wochenschr. 1874. Nro. 40, 41.

[7]) Erb: Loco citato, Sep.-Abdr. S. 14.

an Erwachsenen, welche durchaus hierhergehören und von Duchenne selbst unter den Titeln:

1) Paralysie traumatique du quelques muscles animés par les plexus cervical et brachial; und

2) Paralysie atrophique du deltoide, des rotateurs de l'humérus et des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, de cause traumatique — beschrieben sind.

Es sind dies in der I. Auflage (pag. 681) die Beobachtungen 125 und 126; in der III. Auflage (1872) figuriren diese selben Fälle (sehr abgekürzt) unter Beobachtung 31 und 32 (pag. 341). Ebendort ist auch angegeben, welche Nummern an der Spitze derselben in der II. Auflage, die ich nicht besitze, stehen.

Im Auszug lauten diese Mittheilungen:

G., Mann von 35 Jahren, trägt nach Fall auf die rechte Schulter folgende Armlähmungen davon: Sämmtliche Bewegungen des m. deltoideus sind aufgehoben; die kranke Schulter kann zwar sehr gut, immerhin weniger kräftig, als die linke erhoben werden. Die Beugung des Vorderarms zum Oberarm ist durchaus unmöglich: bei den Anstrengungen, welche der Kranke macht, um diese Bewegungen auszuführen, fühlt man keinen der Beuger sich contrahiren, *pas même le long supinateur, le seul* muscle qui soit *paralysé* á *l'avant-bras.* Streckung des Vorderarms zum Arm zum Theil erhalten, aber schwach; *Aussenrollungen des Schulterblatts unmöglich;* Einwärtsrollung des Arms erhalten. Die *elektrische* (faradische) *Erregbarkeit* war *vernichtet* im *m. deltoideus, biceps, infraspinatus, supinator longus* und petit rond (teres minor?); eine nur mässige Verminderung derselben fand sich im triceps und pector. major.

Die übrigen Bemerkungen Duchenne's sind für die vorliegende Frage nicht weiter von Bedeutung.

Seine zweite Beobachtung (126; I. Auflage) lautet:

A. D., 20 Jahre alt, fiel auf die rechte Schulter; danach Schmerz, Schwellung des Schultergelenks, Armlähmung. Duchenne constatirte: *Vollkommene Lähmung* im Bereich des *m. deltoideus,* der *Auswärtsroller des Oberarms* und *der Beugemuskeln des Vorderarms zum Oberarm.* Die Lähmung erwies sich elektrisch als eine relativ leichte: es fand sich nur eine quantitative Herabsetzung der elektrischen (faradischen) Erregbarkeit: der Kranke wurde vollkommen geheilt.

Aus dem Mitgetheilten geht hervor, dass, obwohl Erb jedenfalls als der erste wieder auf die Eigenart dieser Plexuslähmungen aufmerksam gemacht, als der erste auch den Punkt in der Oberschlüsselbeingrube genauer bestimmt hat, von dem aus der deltoideus, biceps, brachialis internus und die Supinatoren gleichzeitig in gemeinsame Contraktion versetzt werden können, und aus der Eigenthümlichkeit der Lähmung den Sitz der Läsion in den Wurzeln des plexus brachialis und zwar in den 2 oberen (5. und 6. Cervicalnerven) zu suchen gelehrt hat, dass Duchenne schon diese Lähmungen als Folgen traumatischer Einwirkung auf den plexus cervicalis und brachialis

gekannt und (ebenso wie das Mitergriffensein des m. infraspinatus neben den übrigen Muskeln) deutlich beschrieben hat.[1])

IV. *Eine besondere Form von Lähmung im plexus brachialis.*

Der 45 jährige Zimmermann W. N. gab bei seiner Untersuchung im Mai 1883 an, dass er im Februar desselben Jahres eines Abends ziemlich plötzlich heftige Schmerzen im Nacken rechts (er zeigt dabei auf eine Stelle etwas nach aussen vom oberen Drittel des rechten m. sternocleidomastoideus) empfunden habe. Diese Schmerzen, welche bis zur Schulter hin und in den m. deltoideus hinein ausstrahlten, steigerten sich im Laufe der Nacht so, dass er das Bett verlassen musste: schon am nächsten Tage begann der rechte Arm matt zu werden.

Bei der ersten Untersuchung im Mai 1883 und weiter auch Ende Juni u. s. w. liess sich folgendes constatiren: Die linke obere Extremität ist frei, betroffen ist nur die rechte. Beobachtet man die Rückenseite des Patienten, so sieht man das rechte Schulterblatt im Ganzen höher stehen, als das linke, den angulus scap. etwas näher der Wirbelsäule zu nach innen stehend und dabei leicht vom Brustkorb abgehoben. Der Raum zwischen dem Schulterblatt und den Dornfortsätzen der Wirbel ist rechts breiter, als links. Sowohl die fossa supraspinata, wie infraspinata ist tief abgeflacht. Beide Schultern können gehoben werden, dabei aber bleibt die rechte deutlich hinter der linken zurück. Die Medianwärtsbewegungen beider Schulterblätter nach hinten hin werden in fast gleicher Intensität ausgeführt. Der rechte Arm kann bis zur Horizontalen sowohl sagittalwärts, wie frontalwärts gehoben werden, dabei tritt das Schulterblatt flügelförmig nach hinten ab, so dass man mit der Hand seine Innenseite bequem abtasten kann. Eine Erhebung des Arms bis zur Verticalen ist unmöglich. Während die Zacken des m. serratus links deutlich ausgeprägt sind, fehlen sie rechts: hier ist es nicht möglich, weder bei indirekter noch direkter faradischer Reizung eine Contraktion auszulösen, was links leicht und deutlich geschieht. Diese sehr herabgesetzte bezw. erloschene Erregbarkeit für den faradischen Strom theilen rechts auch der m. supraspinatus und infraspinatus: direkt *galvanisch* gereizt ergeben diese Muskeln (serratus, infraspinatus, supraspinatus dexter) bei höheren Stromstärken als links träge, langsame Zuckungen mit deutlichem Ausgeprägtsein auch einer Ka Oz und Gleichheit von ASz und Ka Sz. Der m. cucullaris verhält sich dem gegenüber etwas anders. Von dem für den Eintritt des Nerven in den Muskel bekannten Punkt aus erfolgen bei faradischer wie galvanischer

[1]) Mir scheint auch die Beobachtung 115 (Duchenne, I. Auflage 1855) hierherzugehören. Auf die linke Schulter eines 45 jährigen Mannes war eine Frau, die sich aus dem 4. Stock auf die Strasse gestürzt hatte, aufgefallen. Lähmung des linken Arms. Es bestand eine vollkommene *Lähmung* der vorderen 2 Drittel des *m. deltoideus* und des *m. supinator longus*. Bedeutende Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit. Ueber die eigentlichen Beuger des Vorderarms, biceps und brachialis intern. ist direkt nichts ausgesagt, sondern nur erwähnt: *La flexion de l'avant bras sur le bras se fait avec peine.*

Reizung (also bei indirekter Reizung) prompte Zuckungen in dem *acromialen* Bündel, während dieselbe Partie, direkt galvanisch gereizt, deutlich mit trägen Zuckungen antwortet und sich somit als in *partieller* Entartung befindlich ausweist. Schwerer afficirt sind die unteren Abschnitte desselben Muskels, welche nur bei direkter galvanischer Reizung mit langsamen, trägen Zuckungen antworten, ohne durch den faradischen Strom in Erregung versetzt werden zu können.

Die m. m. rhomboidei, der levator anguli scap., der sternocleidom., der pector. magnus, desgleichen sämmtliche Muskeln am Arm und Vorderarm (besonders der deltoid., der biceps und brachialis intern., der supin. longus etc.) sind aktiv frei beweglich und zeigen bei elektrischer Exploration keine Abweichung vom Normalen. Obgleich der Kranke schon einige Zeit und nicht ohne Erfolg von mir behandelt war, blieb er plötzlich ohne weiteren Grund aus, so dass ich über den weiteren Verlauf nichts aussagen kann.

Hiernach handelte es sich also im vorliegenden Falle um eine wahrscheinlich nach Neuritis entstandene *Lähmung* im Bereich des *n. suprascapularis* (für den m. supraspin. und infraspin.) und des *n. thorac. longus* (für den m. serratus magnus von den n. n. thorac. posteriores) sowie um die Betheiligung einiger Aeste des IV. Halsnerven (*der n. n. supraclav. posteriores*), welche dem n. accessorius ergänzende Fasern zur Innervation des m. cucullaris zuführen. Dass der n. accessorius in seiner Gesammtheit *nicht* ergriffen war, beweist das Freibleiben des gleichseitigen m. sternocleidom. sowie derjenigen Fasern, welche die Gaumen-, Schlund- Kehlkopfmuskulatur innerviren. Die Wurzeln dieses Nerven entspringen bekanntlich weit bis in's Halsmark hinab, fast bis zur Wurzel des VII. n. cervicalis hin, so dass sogar eine etwaige Betheiligung *etlicher* seiner Fasern an pathologischen, die Cervicalwurzeln auch innerhalb des Wirbelkanals treffenden Prozessen nichts befremdliches darbieten kann.

Abgesehen von jenen n. n. supraclaviculares vom IV. Halsnerven, welche sich theilweise im m. cucullaris vertheilen, gehören die andern Nerven (suprascapularis und thoracicus longus) ihrem Ursprung nach der 5. und 6. Wurzel an, *zweigen sich aber, was wohl speciell für den Suprascapularnerven gilt, meist schon ziemlich hoch vom 5. Cervicalnerven ab*, so dass sie eben in vielen Fällen Duchenne-Erb-'scher Lähmung (wie unter anderen auch wieder in dem in dieser Arbeit von mir mitgetheilten Nro. III.) verschont bleiben. Setzt nun eine Läsion zufällig *etwas höher oben* ein, so bleiben wieder die in tieferen Punkten der ansae des 5. und 6. Cervicalnerven noch bei einander liegenden Fasern des axillaris, musculocutaneus und (partiell) des radialis intakt, wie in der eben beschriebenen Beobachtung, und es resultirt *eine Lähmung des serratus magnus, supraspinatus, infraspinatus und eventuell des m. cucullaris.*

Gerade der n. suprascapularis für die m. m. supraspin. und infraspinatus entspringt nach Henle (vgl. sein Handbuch der Nervenlehre, Braunschweig 1871, S. 477 und Fig. 271 a und b auf S. 479.) vom *lateralen* Rande des V. Cervicalnerven, *vor* dessen Verschmelzung

mit dem VI., *seltener* vom *vereinigten* Stamm beider, und auch der n. thorac. longus (oder der n. thor. poster. nach Henle d. h. der Nerv für den m. serratus magnus) entspringt mit seinen Aesten aus der V. und VI. Wurzel, wobei das aus der V. Wurzel kommende Aestchen *hoch oben* von der V. Wurzel herkommt.

Die Stelle, von der man in der Oberschlüsselbeingrube den n. thor. longus (für den m. serratus ant. major) elektrisch reizen kann, ist zu tief gelegen, als dass von ihr aus (wo die drei Ursprungsfasern dieses Nerven schon zu *einem* Stämmchen vereinigt liegen) noch der n. suprascapularis gemeinsam miterregt werden könnte. Wenigstens ist mir dies bei dahin gerichteten Versuchen bisher nicht gelungen. Anders ist dies mit dem n. dorsalis scapulae: drückt man die feine Elektrode kräftig unter den Mittelpunkt des freien Cucullarrandes nach hinten, so contrahiren sich der m. levator scapulae, die m. m. rhomboidei und Cucullarisfasern kräftig und ziehen das Schulterblatt nach oben und einwärts.

Auch die n. n. subscapulares (für den latissimus, subscapularis und teres major) sind verhältnissmässig leicht am Boden und lateralen Rande der Oberschlüsselbeingrube etwas unterhalb einer Linie, welche den Erb'schen Punkt mit dem für den n. dors. scap. verbindet, zu finden: ihre Erregung bringt den Arm energisch nach abwärts mit Rollung desselben nach innen hin.

Gerade so wie bei der sogenannten Erb'schen Lähmung neben den nun oft genannten Muskeln noch einzelne Medianusfasern, oder der m. pectoralis oder der m. subscapularis in einigen Fällen betroffen gefunden wurde,[1]) gerade so können bei der von mir *hier beschriebenen Form der combinirten Lähmung einzelner Schultermuskeln* noch gelegentlich andere, gleichfalls den n. n. thoracici posteriores angehörige Nerven betroffen werden, so z. B. der n. dorsalis scapulae mit den von ihm innervirten Muskeln (m. m. levator scapulae, rhomboidei, serratus posticus superior.), Muskeln, welche in unserem Falle durchaus intakt waren. So beobachtete z. B. Duchenne (I. Edit. p. 652. III. Edit. Beob. 23. S. 324) einen 34jährigen Mann, der eines Tages mit einer Lähmung an der rechten oberen Extremität erwacht war, zu der sich später lancinirende Schmerzen in der rechten Halsregion gesellten. Es fand sich eine (durch die faradische Unerregbarkeit der Muskulatur als schwer erwiesene) Lähmung der beiden unteren Drittel des m. cucullaris (die Clavicularportion dieses Muskels hatte ganz wie in unserem Falle ihre Erregbarkeit bewahrt), eine Lähmung des m. serratus antic. magnus, sowie theilweises Befallensein des m. pector. magnus und der vorderen zwei Drittel des m. deltoid.: dagegen war hier der m. infraspinatus, desgleichen der levator anguli scapulae intakt. Nach Nélaton hatte man einen durch eine syphilitische Exostose auf die Austrittsstelle der den Plexus constituirenden Nerven ausgeübten Druck als die Ursache des Leidens anzunehmen und in der

[1]) Vierordt: Neurol. Centralbl. 1882. S. 289. Erlenmeyer: Dieses Centralblatt 1882. Nro. 17.

That konnte man in der rechten Hals-Nackengegend einen dem Kranken auf Druck ungemein schmerzhaften Punkt entdecken, von dem aus der hervorgerufene Schmerz in die ganze rechte obere Extremität hinein ausstrahlte. Eine specifische Behandlung brachte Besserung. Diese Beobachtung trägt die Ueberschrift: Paralysie atrophique du membre supérieur par compression de quelques filets du plexus cervical et du plexus brachial.

Wieder in anderer Weise gruppirt war die Lähmung in dem *zweiten* der von Vierordt (siehe oben) mitgetheilten Fälle, in dem ein raumbeschränkender Prozess im Innern der Halswirbelsäule eine Lähmung des cucullaris, deltoideus, biceps, brachialis internus, supin. longus, supraspinatus hervorgebracht hatte oder in der schon vor Jahren (1879) von mir publicirten Beobachtung[1]) in der in Folge eines langsam sich entwickelnden Raum beschränkenden Prozesses im obersten Theil des Wirbelkanals (vielleicht schon innerhalb der Schädelkapsel) eine Lähmung des m. cucullaris, sternocleido-mastoideus dexter, sowie der rechten Zungenhälfte und des rechten Stimmbandes (Lähmung des n. accessorius und hypoglossus dexter) die Symptome des Leidens ausmachten.

Es ist nicht allein möglich, sondern in hohem Grade wahrscheinlich, dass eine weiter auf diese interessanten Lähmungsformen gerichtete Aufmerksamkeit noch andere und mannigfache Combinationen dieser sogenannten Plexuslähmungen auffinden wird.

II. Referate und Kritiken.

555) **C. Wernicke** (Berlin): Ueber die motorische Sprachbahn und das Verhältniss der Aphasie zur Anarthrie. (II. Theil. Fortschritte der Medicin 1884. Nro. 12. Siehe d. Centralbl. pag. 160. 1884.)

Ueber den genaueren Weg der motorischen Sprachbahn zwischen Bulbärkernen und Broca'scher Windung wird Folgendes mitgetheilt: In der Brücke weiss man darüber nichts Näheres; für den Hirnschenkelfuss kann man annehmen, dass sie in ihm enthalten und dass sie schon hier von der übrigen motor. Faserung — der Pyramidenbahn — getrennt ist. In der inneren Kapsel ist die motor. Sprachbahn nur in ihrem hinteren Gebiete enthalten ev. der sensibeln Hemisphärenbahn ziemlich benachbart, da nur hier sitzende Herderkrankungen neben rechtsseitiger Hemiplegie und meist durch Hemianästhesie dauernde motor. Aphasie bedingen. Auch indirect scheint sie am leichtesten bei Herderkrankungen dieser Gegend und in Gesellschaft mit sensibelen Störungen zu entstehen. Dasselbe gilt von dem angrenzenden benachbarten Theile des Fusses des Stabkranzes. Die hier in Frage kommende Localität entspricht der hinteren Kante des Linsenkerns, dem einwärts davon liegenden Theil der inneren Kapsel und höher oben dem Fusse des Stabkranzes. Der hintere spitzwinklige

[1]) Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 24. Heft 4 u. 5.

Ausläufer der Insel zwischen Oberspalte und Unterspalte der Sylvischen Grube entspricht derselben Stelle an der Aussenwand der Hemisphäre. Entlang der Burdach'schen Oberspalte und am Grunde derselben kann die motor. Sprachbahn von hier aus nur zu ihrem Endpunkte — der Broca'schen Windung — gelangen. In keinem Falle liegt sie, wie aus den klinischen Thatsachen hervorgeht, viel höher als die obere Kante des Linsenkernes. Nächst Veränderungen in der Broca'schen Windung, müssen zufolge dieses Verlaufes der motor. Sprachbahn, diejenigen der Insel selbst die constantesten Befunde bei der Aphasie bilden.

Zieht man die Consequenzen aus dieser Darstellung, so resultirt eine Bahn, welche ausschliesslich der linken Hemisphäre angehört, in dem die doppelseitige Action der zum Sprechen benutzten Muskulatur als Folge der anatomischen Verbindung zwischen den Kernen beider Seiten angesehen wird. Die Localisation des Sprachvermögens in der rechten Hemisphäre ist zu den Ausnahmefällen zu zählen. Eine principielle Schwierigkeit bieten die Thatsachen, dass bei partieller Gehirnatrophie, congenitaler oder zeitig erworbener, der Broca'schen Windung der linken Seite die Sprache erlernt zu werden pflegt, dass eine Aphasie durch Zerstörung der Broca'schen Windung nicht immer dauernd zu sein braucht, für des Verf.'s Anschauung durchaus nicht. Mit Recht verweist Verf. auf Hitzig's Beobachtung der doppelseitigen Zusammenziehung der symmetrisch wirkenden Muskulatur der Zunge etc. in Folge des electrischen Reizes von *einer* Hemisphäre aus und erwähnt, dass es bei dieser praeformirten Einrichtung überflüssig erscheint, dass die Virtuosität der Sprache von beiden Hemisphären erlernt werde. Die Entstehungsursache, wie diese Virtuosität in die Hemisphäre gelangt, führt zur Beachtung der Munk'schen Aufschlüsse. Die Tast-, Druck-, Innervations- und Muskelgfühle hinterlassen Erinnerungsbilder, die man als Bewegungsvorstellungen bezeichnet; nachdem das Kind sich die Combination derselben angeeignet, ist die Sprache ziemlich unabhängig von den Gefühlen, auf denen ihr Erlernen beruht, die betreffenden Sprachbewegungsvorstellungen sind dann ein für allemal Ausgangspunkte bestimmter Bewegungen. Es fällt bei diesem Entstehungsmodus dem *Trigeminus* eine bedeutende Rolle zu, und da jede Seitenhälfte der zum Sprechen zusammenwirkenden Organe ihren eigenen Trigeminus besitzt mit dem centralen Ende in der je entgegengesetzten Hemisphäre, so kann jede Hemisphäre derartige Bewegungsvorstellungen erwerben und unter Umständen einmal die *rechte* der Ausgangspunkt derselben werden. Nehmen wir an, es bleibe dem Zufall überlassen, welcher von beiden Fällen eintrifft, so muss der Satz aufgestellt werden, dass dies in der Majorität der Fälle (bei den Rechtshändern) die *linke* Hemisphäre ist, da gewöhnlich Herde der rechten Hemisphäre nicht oder nur vorübergehend die Sprache beeinträchtigen. Unter anderen Umständen freilich kann die Mitwirkung der rechten Hemisphäre ganz unentbehrlich werden, wie die Fälle von doppelseitigen acuten Herderkrankungen des Gehirns, die dieselbe Sprachstörung wie die progressive Bulbärparalyse

in den vorgerückten Stadien zeigen, lehren. Es muss daher der rechten Hemisphäre eine gewisse Mitwirkung beim Sprechakt zugestanden werden, so dass ein doppelter Innervationsstrom von beiden Hemisphären aus nach abwärts gelangt. Indessen unterliegt das Maass, in welchem die rechte Hemispäre beim Sprechen betheiligt ist, individuellen, noch nicht genau bekannten Schwankungen. Herderkrankungen in der Brücke machen desshalb so schwere Formen der Sprachstörung, weil ein in der linken Hälfte sitzender Herd sowohl die motor. Sprachbahn als auch die Leitung zu den Nervenkernen schädigt, andrerseits auch die Leitungen der anderen Seite dem Trauma nicht entgehen, also eine Summation doppelter Wirkungen, ähnlich wie bei der Pseudobulbärparalyse, statt hat. Fungirt die motor. Sprachbahn in diesen Fällen noch gut, so hat man keine Anarthrie, ist sie mit betroffen, so hat man Aphasie und Anarthrie. Wird bei apoplectischen Herden der rechten Seite die Sprache in Mitleidenschaft gezogen, wie das häufiger geschieht, so ist das als individuelles Herdsymptom von der linken Hemisphäre aus anzusehen, das ja auch nach einigen Stunden oder Tagen wieder verschwindet, während die linksseitige Hemiplegie noch bestehen bleibt. Die Erklärung dafür, dass gerade die Function der Sprache leidet bei rechtsseitigen apoplectischen Zuständen, sucht Verf. in dem Umstande, dass wie oben entwickelt worden, normal beide Hemisphären beim Sprechen zusammenwirken. Trifft die rechte jetzt eine Schädigung, so werden diejenigen Bewegungen, welche ausschliesslich unter der Herrschaft der linken Hemisphäre stehen, wie z. B. die des rechten Armes am wenigsten geschädigt, am meisten tritt *der* Functionsdefekt zu Tage, der schon zum Theil von der rechten Hemisphäre aus bedingt war. Goldstein (Aachen).

---

556) **P. Kowalewsky:** Echinococcus cerebri. (Archiv Psychiatrii russisch B. IV Nro. 2.)

Ein 68 jähriger Bauer, ohne hereditäre Belastung ist seit 4 J. von einer allmälig sich entwickelnden rechtsseitigen Hemiplegie befallen worden. Gleichzeitig klagt er über Kopfschmerz, zuweilen Schlaflosigkeit und äusserte in letzter Zeit schwachsinnige Thaten. Paralell mit der Hemiparese entwickelte sich eine immer deutlichere Sprachstörung. Luës und Alcoholmissbrauch werden in Abrede gestellt. — Die rechte ob. Extremität ist vollständig gelähmt, weder Muskelatrophie noch Sensibilitätsstörung, Haut cyanotisch. Das rechte Bein ist schwächer als das linke, der rechte Patellarreflex gesteigert. Sprache unverständlich, äussert unarticulirte Laute, die nur durch Gesten und Mimik verstanden werden. Dementes Benehmen, unwillkürliche Entleerungen. Es folgte Aufregung, delirantes Verhalten, soporartige Zustände, Tod. — Atrophie der Gehirnwindungen, namentlich links; c. callosum nach rechts verdrängt. Der linke Seitenventrikel ist fünffach vergrössert, c. striatum und th. opticus sind nach innen verdrängt; die Ventrikelhöhle ist von einer länglichen weissen Blase, deren Längsdurchmesser 8,3 ctm., Quer- 3 ctm. beträgt, angefüllt; im Inneren der Blase fanden sich kleinere Bläschen in grosser Anzahl, in denen mikrosko-

pisch Cysticerken nachgewiesen wurden. Die Vierhügel nach hinten gedrängt; die Gefässe der Hirnbasis wie auch die Aorta atheromatös entartet. Ein Durchschnitt der Associationsbahnen in der Gegend der Insel zeigt eine bedeutende Verschmälerung der weissen Substanz auf der linken Seite. Durchschnitte der Basalganglien zeigen keine Veränderungen weder im n. caudatus, lentiformis, noch in der c. interna und thal. opticus. — Verfasser schliesst aus dieser Beobachtung, dass ein Echinococcus im Gehirn sich nicht von einem Tumor diagnostisch unterscheiden lässt, und dass Hemiparese mit Sprachstörung nicht nur durch Zerstörung motorischer Centren und Leitungsbahnen sondern auch durch Compression beider hervorgebracht werden kann.

Rosenthal (Warschau).

---

557) **P. Tarnowskoja:** Ueber Veränderungen des Rückenmarks bei Dehnung des Ischiadicus. (russisch. Ref. im Arch. psychiatrii 1884 B. IV Nr. 21.)

Die Arbeit enthält die zahlreiche Literatur der genannten Operation, wie auch die Resultate eigener Versuche. Verfasserin experimentirte an Kaninchen, bei denen sie die Dehnung des Nerven mittelst eines dynamometrischen Hackens, der die Tension des Nerven bezeichnete vollführte. Nach den Versuchen wurde das Rückenmark in verschiedenen Zeitabschnitten mikroskopisch untersucht. Die Resultate sind folgende: 1) Die Dehnung des Ischiadicus verursacht eine traumatische Reizung mit Hämorrhagie und consecutiv entzündlichen Vorgängen (Bindegewebswucherung) im Seitenstrange; 2) — stellenweise Spaltungen von, sowohl aus dem Rückenmark austretenden als auch in verschiedener Höhe eintretenden Nervenbündeln, was wieder Atrophie des Hinterhorns, Verschmälerung des intramedullären Theils der hinteren Wurzeln und endlich Vacuolisation und Atrophie der Nervenzellen des Vorderhorns verursacht.

Rosenthal (Warschau).

---

558) **Th. Rumpf** (Bonn): Ueber Rückenmarksblutung nach Nervendehnung nebst einem Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 2. p. 419.)

Ein Kranker mit typischer Tabes starb 32 Tage nach der an beiden Ischiadicis ausgeführten Dehnung. Bei der Section ergab sich ein Bluterguss in der Höhe des 8. Brustwirbels. Derselbe war 3 Ctm. lang und $1^1/_4$ Ctm. breit und hatte seinen Sitz in den oberflächlichsten Partien der Pia. — Das Hauptinteresse des Falles nimmt die genau beschriebene microscopische Veränderung der degenerirten Partien der Hinterstränge in Anspruch. Macroscopisch erwies sich der Sectionsbefund ebenfalls als ein typischer, indem die Veränderung besonders den mittleren Theil der Hinterstränge betraf (vorne und hinten ein Stück frei lassend), und sich auf beiden Seiten in ganz gleicher Weise entwickelt hatte. Dagegen glaubt Verf. im Gegensatz zu der jetzt am meisten gängigen Ansicht, welche die Nervenfasern primär erkranken lässt, dass in seinem Falle alle Umstände auf die *Gefässe*

als den Ausgangspunkt der Erkrankung hinwiese. Es war nämlich microscopisch in den grauen Partien eine beträchtliche Verdickung der Gefässe sichtbar, die besonders die Media und Adventitia betraf. Beide Scheiden zeigten eine beträchtliche Kernvermehrung. Besonders nach dem Augenschein der Längsschnitte glaubt R., dass die verdickten Gefässe durch Druck den Schwund der Längsfasern bewirkt hätten. Langreuter (Dalldorf).

---

559) **A. Pitres** (Bordeaux): Des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. (Clitoriscrisen im Beginn oder im Verlaufe der Tabes dorsalis.) (Le Progrès méd. Nro. 37. 1884.)

Die sogenannten Clitoriscrisen sind durchaus nicht selten im Beginne der Tabes dorsalis, aber sie kommen aus leicht begreiflichen Gründen höchst selten zur Cognition der Aerzte. P. macht auf die grosse Bedeutung dieses Symptoms aufmerksam und bringt die ausführlichen Krankengeschichten dreier gut beobachteter Fälle. In dem ersten Falle handelt es sich um eine 46 jähr. Frau mit ausgesprochener Ataxie, bei welcher 1870 zum ersten Male während der Arbeit an der Nähmaschine erotische Sensationen mit Reizungserscheinungen an den Genitalien auftraten. Bald darauf machte sich eine gewisse Abgeschlagenheit und Empfindlichkeit des Magens bemerkbar. Auch nach Aufgabe der bisherigen Beschäftigung wurde Patientin später häufig urplötzlich ohne jede Veranlassung von solchen Wollustempfindungen mit Erection der Clitoris etc. überrascht. Im Jahre 1884 stellten sich die ersten Schmerzen in den Beinen und Ameisenkriechen und etwas später die übrigen bekannten Symptome der Tabes ein. Gegenwärtig sind die vorher geschilderten Erscheinungen der genitalen Sphäre noch vorhanden. Sie werden von der Patientin gefürchtet, da diese Wollustempfindungen die Vorboten schmerzhafter gastrischer Crisen zu sein pflegen.

Der zweite Fall betrifft eine 48 jährige Frau, Mutter von 6 Kindern und verwittwet seit 1870. Die Krankheit begann 1880 mit Magenschmerzen und Erbrechen. Gleichzeitig stellten sich die „clitorischen Krisen“ ein und ein Jahr später die ersten blitzartigen Schmerzen. — Im dritten Falle waren die Wollustempfindungen etc. bereits seit zehn Jahren verhanden, als die blitzartigen Schmerzen in den Extremitäten auftraten. Rabow (Berlin).

---

560) **Unruh** (Dresden): Ueber die Aetiologie der Tuberculose des Gehirns und seiner Häute. (Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden 1884.)

In einem Vortrage weist Verf. darauf hin, dass die Hirntuberculose immer secundär entsteht; als erster Invasionsort sind die Lymphdrüsen und besonders die Bronchial- seltener die Mesenterialdrüsen am seltensten die mit der Haut in Verbindung stehenden anzusehen. Zeit zwischen Invasion und Gehirnaffektion ist nicht bestimmbar; die Meningen werden häufiger afficirt als das Gehirn. Verbreitungswege

des Giftes sind die Gefässe. Von 3500 Kranken des Kinderhospitals litten 11 an Gehirn- 75 an Meningeal-Tuberculose; die Mortalität betrug 8% der Gesammtmortalität. Die Verbreitung der Bacillen durch die Blutbahn bestreitet in der Discussion Birch-Hirschfeld in ihrer Allgemeinheit. Die Verbreitungsart der Tuberculose an den weichen Hirnhäuten, ihre typische Vorliebe für die Gegend der grossen Lymphsinus der Pia an der Hirnbasis deute auf die Verbreitung durch Lymphwege hin. Goldstein (Aachen).

---

561) **Henry G. Cornwell** (Columbus. O.): On the value of ophthalmoscopic examinations in diseases of the nervous system, togetter with remarks of hyperämia of the fundus oculi and pressive-atrophy of the optic nerve in diseases of the brain. (Ueber den Werth der ophthalmoscopischen Untersuchungen bei Erkrankungen des Nervensystems, dazu einige Bemerkungen über Hyperämie des Augenhintergrundes und Druckatrophie des n. optic. bei Gehirnerkrankungen.)

(The medic. Record. 7. Juni 1884.)

Verf. sagt, dass das Ophthalmoscop in vielen Erkrankungen des Nervensystems gewisse Symptome erkennen lasse, aus denen jedoch gewöhnlich der eigentliche Charakter der Erkrankung mit Sicherheit nicht zu erschliessen, noch viel weniger dieselbe zu localisiren sei. Bei intracranieller Reizung der nn. optic. zeige das Ophthalmoscop den Augenhintergrund congestionirt — ein Befund übrigens, der ohne genaue Kenntniss der normalen Verhältnisse schwierig festzustellen sei; fehle er, was jedoch in den schweren Fällen der Hirncongestionen (beginnende Entzündung der Meningen oder des Gehirns an der Basis) kaum vorkomme, so spreche dies nicht gegen die vermuthete Blutüberfüllung des Hirns; im Uebrigen finde er sich aus anatomischen Gründen häufiger bei der meningealen Entzündung, als bei der der Hirnsubstanz selbst, vor Allem werde er fast immer vermisst bei activer Hirnhyperämie in Folge anstrengender geistiger Arbeit. Wo er sich bei Refractionsanomalien, Schwäche der extraocularen Muskeln u. s. w. finde, könne er natürlich zunächst nicht auf intracranielle Ursachen bezogen werden.

Primäre, d. h. ohne vorhergehende Entzündung entstandene Sehnervenatrophie sei in Folge intracraniellen Druckes selten (häufig nur bei Hydrocephalus), da die betreffenden Tumoren gewöhnlich zuerst Entzündung setzen, auch meist an solchen Stellen des Hirns sitzen, wo sie nicht direct auf die Fasern des Opticus drücken können (Tuberkeln sitzen auch im Kleinhirn, Gliome in den Hinterhauptslappen u. s. w.). Wo sie vorhanden sei, könne sie durch den Augenspiegel erst in einer relativ späten Zeit entdeckt werden, da die Atrophie gewöhnlich nur langsam die Nerven verändere. Aber auch da, wo durch denselben die Atrophie erkennbar sei, könne daraus allein ein Schluss auf die Erkrankung resp. deren Sitz nicht gezogen werden; so zeige er z. B. bei homonymer Hemianopsie nur die eine Papille atrophisch, die andere ganz gesund, weil die Theilungslinie zwischen der normalen und gelähmten Hälfte der retina in der macula, und nicht in der Pa-

pille liegt. Einseitige primäre Atrophie in Folge intracraniellen Druckes müsse sehr selten sein (höchstens durch kleine Hyperostosen oder Gummata am foramen optic.), da das Chiasma dem Austritte des Nerven aus der Schädelhöhle zu nahe liege, daher nicht mitbetroffen werde.

Voigt (Oeynhausen).

562) **Rupprecht** (Dresden): Kropfoperation und cerebrale Cachexie. (Jahresber. der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Dresden 1884.)

Da die Schilddrüse ein blutbildendes Organ, wie die Milz sei und da sie ferner einen regulatorischen Apparat für die Blutfülle im Gehirn bilde, so warnt Verf. unter Zugrundelegung der Experimenten von Zesas, und der Erfahrungen von Kocher und Reverdin vor der Operation des Kropfes mitsamt der Schilddrüse. Man darf wohl die Kröpfe exstirpiren, muss aber die Schilddrüse zurücklassen. Der Zustand, den Kocher Cachexia Strumipriva nennt, der sich als Tetanie, Gedächtnissschwäche, Gedankenträgheit, epileptiformes Irresein, cretinismusartige Verblödung, Zurückbleiben des Körperwachsthums bei jungen Individuen kennzeichnet und oft erst einige Jahre nach der Operation der Schilddrüse und des Kropfes einstellt wird von R. als Cachexie der Thyreoidectomirten bezeichnet, da die Entfernung der Schilddrüse dabei das Wesentliche sei.

Goldstein (Aachen).

563) **G. Bouteiler:** Du traitement du tétanos traumatique et de la chorée par les applications d'éther pulverisé sur la colonne vertebrale. (Behandlung des Tetanus traumaticus und der Chorea mit Anwendung von Aetherzerstäubungen längs der Wirbelsäule. (Le Progrès med. 1884 Nro. 40.)

Sechs Tage nach einer unerheblichen Verletzung am Finger und nachdem er sich kurz zuvor während einer mehrstündigen Reise den Unbilden der kalten Witterung ausgesetzt hatte, erkrankte der 45 jähr. Pat. mit den deutlichen Symptomen des Tetanus. B. sah ihn erst am 7. Tage der Erkrankung und verordnete ausser Abführmitteln und Faba Calabarica Aetherstäubungen von 5 Minuten langer Dauer längs der Wirbelsäule stündlich zu appliciren. Schon am darauffolgenden Tage war eine überraschende Besserung zu constatiren. Während der Nacht waren bereits die heftigen Anfälle von Dyspnoe weggeblieben und auch die Kiefer hatten ihre freie Bewegung annährend wieder erlangt. Die Aetherzerstäubungen wurden nunmehr seltener angewendet und Pat. war in wenigen Tagen geheilt.

Mit ähnlich günstigem Erfolge wurde dasselbe Verfahren bei einem 11 jährigen, an Chorea leidenden Knaben, in Anwendung gebracht. Nachdem 5 Wochen lang Opium, Arsen, Bromkalium, Calabarbohne vergebens gereicht worden waren, wurden Morgens und Abends erst 3, dann 5 Minuten lang Aether in der ganzen Ausdehnung der Wirbelsäule zerstäubt. Am 2. Tage nach Beginn dieser Behandlung war eine deutliche Besserung bereits unverkennbar und nach Verlauf von 14 Tagen konnte die Heilung constatirt werden.

Rabow (Berlin).

564) **Stepanow:** Ueber die Wirkungen der statischen Electricität. (russisch. Wratsch 1884. Nro. 26.)

Die Untersuchungen über die physiologische Wirkung der statischen Elektricität wurden unter Drosdoffs Leitung vollführt und führten zu folgenden Schlüssen: 1) Bei einer 12—15′ Sitzung vermindert sich die Ausdünstung an der Applicationsstelle, vergrössert sich hingegen an anderen Stellen. 2) Die tägliche Harnquantität steigt bei der Franklinisation. 3) Die Ascensionslinie der sphygmographischen Pulscurve wird höher und steiler, der Gipfel wird spitziger, die Dicrotie ausgesprochener. 4) Ausser einer schmerzstillenden und erfrischenden Wirkung, kann die Franklinisation auch dissolvirend wirken. 5) Bei chronischen Rückenmarkskrankheiten werden die Symptome ruhiger und die Intervalle verlängern sich, dasselbe auch bei Hysterie, Neurasthenie. Rosenthal (Warschau).

---

565) **P. Gibney** (New-York): The treatment of sciatica by the strong galvanic current. (Die Behandlung der Ischias mit starkem galvanischem Strom.) (The med. Record. 7. Juni 1884.) (Vortrag in der Practitioners-Society of New-York. Sitzung vom 2. Mai 1884.)

Verf. hält den *starken* galv. Strom für das beste und schnellste Heilmittel der Ischias; nur wo es sich um eine Ischias von unzweifelhaft rheumatischem Ursprunge handle, vermehre der galv. Strom den Schmerz, während die farad. oder statische Electricität günstiger wirke. Im Uebrigen sei aus ihm unbekannten Gründen der von Leclanché-Elementen gelieferte Strom der am wenigsten schmerzhafte. Bei der betreffenden Galvanisation setzt Verf. die positive Elektrode ($^3/_4$ Zoll Durchmesser) auf den Nerven, da wo er aus dem Becken heraustritt, den negativen abwechselnd auf die am meisten schmerzenden Stellen, und nimmt dann den Strom so stark, als ihn der Pat. ertragen kann; entstehen dann Parästhesien im Verlaufe des Nerven, so lässt er die Electrode 10—15 Minuten lang stehen, um dann den Strom langsam auszuschalten; Sitzungen täglich, event. Wochenlang, fortgesetzt.

Bei der Discussion rühmt Robinson am meisten die Cauterisation; Dana hat (Beobachtung von 30 Fällen) mit Gibney's Methode sehr günstige Resultate erzielt, lobt im Uebrigen auch spanische Fliegen, subcutane Injectionen von Morphium und Atropin, und den innerlichen Gebrauch von Terpentinöl.

Morton sagt, dass es sich nur in $^1/_3$ aller Fälle von Ischias um eine Neuritis handle; er versäumt nie die causale Behandlung (Anämie etc.) und wendet häufig mit Erfolg das Glüheisen, spanische Fliegen, Schröpfköpfe an; im Uebrigen erwähnt er, dass ihm der Gebrauch der statischen Electricität niemals besondere Vortheile bei Behandlung der Ischias gebracht habe. Voigt (Oeynhausen).

---

566) **Pusinelli** (Dresden): Versuche mit Cannabin. tannic. und Paraldehyd. (Jahresb. der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Dresden 1884.)

Von 63 Kranken, bei denen Cannabin. tannic. versucht wurde, im Alter von 30—40 Jahren litten 9 an nervöser Schlaflosigkeit, 54 an Schlaflosigkeit nach Apoplexie, Myelitis, bei Carcinomen, Phthise, Herzfehlern und dergl. Erfolg 34 mal befriedigend, 29 mal theils gering, theils fehlend. Dosis 0,1—1½ Gr. Mehrere Male Aufregung bei kleinen Dosen, Erbrechen und Trockenheit im Halse nach grösseren. Chloral und Morphium kann es nicht ersetzen. Als mildes Hypnoticum ist es bei neurasthenischer und habitueller Schlaflosigkeit ohne Schmerzen indicirt. —

Mit Paraldehyd hat er bei 24 Kranken in Dosen von 3—5 Gr. beruhigenden, erquickenden Schlaf von 5—8 Stunden Dauer erzielt. Mossdorf warnt in der Discussion vor grösseren Dosen von Extr. Cannab. ind.; empfiehlt es jedoch als vorzüglich zur Coupirung von Anfällen periodischer Melancholie. Goldstein (Aachen).

---

567) **Jos. Lipburger** (Innsbruck): Ein Beitrag zur Behandlung peripherer Neuralgien mit Ueberosmiumsäure. (Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1884. III. Heft.)

Subcutane Injection von 1% iger Ueberosmiumsäure-Lösung nach Neuber bei einem Falle, bei welchem schon alle operativen Eingriffe erschöpft waren. Die Schmerzen sassen im Gebiete d. n. supraorbitalis, infraorbitalis und mandibularis abwechselnd. Der Erfolg war derartig, dass Verf. das Verfahren empfiehlt.

Goldstein (Aachen).

---

568) **Citrin:** Ein Fall von Amaurose nach einem epileptischen Anfall. (russisch. Medizinsky Kasuistik 1884 Nro. 30.)

Ein 7 jähriger Knabe, dessen Mutter in der Jugend an Epilepsie litt, wird im 6. Lebensjahre von Epilepsie befallen. Nach einem halben Jahre kam der zweite epileptische Anfall. Sechs Tage nach diesem Anfall wurde der Knabe vollständig blind. Bei objectiver Untersuchung wurde nur Pupillenerweiterung ohne Lichtreaction constatirt. Das weitere Schicksal des Kranken blieb unbekannt.

Rosenthal (Warschau).

---

569) **Béraud** (Asyle St. Anne, Paris): Grossesse et Épilepsie. (L'Encephale. Bd. IV. Heft 3.)

Ein erblich belastetes Mädchen, das schon als Kind Convulsionen hatte, bekam mit 15 J. „vertiges“ und mit 16 J. legitime epileptische Anfälle; nach langer, erfolgloser Behandlung räth ihr der Arzt (mit 20 J.) zu heirathen; sofort nach der Heirath nahmen die Anfälle an Zahl und Heftigkeit zu; mit der eintretenden Schwangerschaft noch weitere Verschlimmerung, jetzt auch intensive psychische Störungen. Trotzdem erfolgt zur richtigen Zeit normale Entbindung eines lebenden

Kindes, das 2 Monat hindurch gestillt wird (bis nach einem epilept. Anfall die Milchsecretion sistirt) und später an Meningitis stirbt. Hierauf anscheinend leichte Besserung des Leidens; mit der einsetzenden zweiten Schwangerschaft jedoch wieder bedeutende Verschlimmerung — das Gedächtniss beginnt zu leiden. Auch dieses Mal jedoch wieder rechtzeitige normale Geburt eines Kindes, das mehrere Monate gestillt wird. Während dieser ganzen Zeit (seit der Verheirathung) keine Brombehandlung; $^1/_2$ Jahr später hat diese vorübergehend im Hospital statt (in das Pat. in Folge einer starken Exacerbation des Leidens eingetreten war) und erzeugte gelinde Besserung. In der 3. Schwangerschaft steigert sich das Leiden, insbesondere die psychischen Symptome auf's bedenklichste; im 4. Monat der Gravidität Aufnahme in's Asyl St. Anne. Hier nun leitete Ball sofort energische Brombehandlung ein: Natr. brom, Ammon. brom aa 5,0 (steigend bis auf 12,0) pro die, dazu täglich 2 Pillen von Extr. Belladonnae, Zinc. oxyd. aa. 0,01; *alsbald erhebliche Besserung; normale Geburt eines ausgetragenen Kindes* (das nach 14 Tagen an Convulsionen stirbt); in Folge Aussetzen des Brom wenige Tage nach der Geburt erneute Anfälle, nach Wiederaufnahme der Brombehandlung promptes Aussetzen derselben. Auch fernerhin hielt die erhebliche Besserung stand, nur etwas Gedächtnissschwäche blieb zurück.

Schoenthal (Grafenberg).

---

570) **Popow** (Petersburg): Ueber die Bedeutung tiefer Temperatursenkung im Verlaufe von Geisteskrankheiten. (Archiv psychiatrii B. IV. Nro. 2.)

Löwenhardt und Ulrich beobachteten einige Fälle von Manie, in denen die Körperwärme bis 33° und sogar 25° C. fiel, wobei sämmtliche Fälle lethal verliefen. Die experimentellen Forschungen von Landois und Eulenburg haben in der Grosshirnrinde thermische Centren nachgewiesen, deren Lage nach Hitzig mit der motorischen Region zusammenfällt. Tiefe Temperatursenkungen werden meistens bei Paralyse und hochgradiger Demenz als Erscheinungen tiefen Ergriffenseins des Centralnervensystems beobachtet; bei anderen Formen psychischer Störungen wurde Temperaturabfall als prognostisch ungünstiges Symptom quoad vitam betrachtet. Verf. beobachtete einen hierhergehörigen Fall bei einer 49 jährigen Frau eines Arztes, die hereditär stark belastet, seit 1877 mehrere Anfälle von mehrmonatlicher Manie durchgemacht hatte. Im Januar 1884 trat wieder ein Anfall starker maniakalischer Aufregung ein; grosser Kräfteverfall bei fortdauerndem Bewegungsdrang; an den Extremitäten cyanotische Flecken, Puls klein, 40. Die Temperatur wurde in recto gemessen und zeigte im Laufe einer Woche: 34.°3C, 34.°8, 35.°7, 34.°3, 35.°9, 36.°4 u. s. w. Im Laufe einer Woche besserte sich der Zustand allmälig und die Kranke wurde als geheilt entlassen. — Trotzdem die Körperwärme um 3.°3—3.°7 C. niedriger als normal war, trat kein Collaps ein, die Kranke war stets aufgeregt, erhob sich vom Bette, gestikulirte und redete fortwährend; bei Steigerung auf 36° erreichte erst die

Kräfteabnahme den höchsten Grad. Burckhardt veröffentlichte einige Fälle von Melancholie, die trotz einer Temperaturabnahme bis 34.°6 C. genasen. Es ist daraus zu folgern, dass tiefe Temperatursenkung bei Geisteskranken nicht durchaus ein organisches Centralleiden beweise und die Prognose der Krankheit also nicht verschlimmere. Rosenthal (Warschau).

---

571) **Zacher** (Heidelberg) Ueber den sogenannten „spastischen Symptomencomplex" bei der progressiven Paralyse. (Archiv f. Psych. u. Nervenkr. XV. 2 p. 359.)

Verf. giebt 5 Krankheitsgeschichten nebst Sectionsbefunden von Fällen obenbezeichneter Art, wo also im Verlauf der allgemeinen Paralyse (gewöhnlich den späteren Stadien) spastische Symptomencomplexe auftreten d. h. Steigerung des Kniephänomens, Auftreten von Fussclonus und paradoxer Contraction, von Muskelspannungen und Rigiditäten, sowie Beugecontracturen in den Extremitäten. Characteristisch ist dabei das Fehlen aller Sensibilitätsstörungen. Z. fand, dass sich dieser Symptomencomplex von der spastischen Spinalparalyse Erb's und Charcot's hauptsächlich durch das Schwankende und Irreguläre seines Verlaufs unterschied. In den 3 ersten mitgetheilten Fällen waren sowohl Ober- als Unterextremitäten an den spastischen Erscheinungen betheiligt, in den beiden letzten nur die Oberextremitäten. — Die Sectionen ergaben (neben den gewöhnl. Befunden der Paralyse) im Rückenmark in Fall 1: Degeneration beider Pyramidenseitenstrangbahnen sowie der rechten Pyramidenvorderstrangbahn; in Fall 2: Degeneration beider Pyramidenseitenstrangbahnen; in Fall 3: diffuse Sklerose der Seitenstränge mit herdweisen stärkeren Veränderungen daselbst; in Fall 4: Degeneration beider Seiten- resp. Pyramidenstränge und der Hinterstränge; in Fall 5: Graue Degeneration der Hinterstränge, secundäre Degeneration der rechten Pyramidenbahn.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: *der spastische Symptomencomplex* bei der progressiven Paralyse kann entweder durch pathologische Veränderungen des Gehirns resp. der motorischen Rindengebiete allein bedingt sein, oder aber durch eine dieselbe complicirende Rückenmarksaffection, welch' letztere die Pyramidenbahnen betrifft; er ist aufzufassen als eine pathologische Steigerung des Reflexvorganges (Muskeltonus), die entweder vom Gehirn ausgeht und durch die Pyramidenbahnen fortgeleitet wird, oder direct in letzteren entsteht. Liegt nun gleichzeitig eine Affection der Hinterstränge speziell der Wurzelgebiete vor (wie in Zacher's 4. u. 5. Fall) so ist der Reflexbogen unterbrochen, es können also in den der afficirten Rückenmarkspartie entsprechenden Körperabschnitten die spastischen Symptome nicht zur Entwickelung gelangen. — Der eigenthümliche Verlauf dieser spastischen Symptome bei der progressiven Paralyse (die Intensitätsschwankungen etc.) dürfte höchst wahrscheinlich auf pathologische Veränderungen des Gehirns resp. der Gehirnrinde zurückzuführen sein. Langreuter (Dalldorf).

III. Aus den Vereinen.

I. Academie des Sciences.

Sitzung vom Juni u. Juli 1884. (Le Progrès méd. Nro. 33. 1884.)

572) **Filliaux:** *Ueber zwei Fälle von secundärer Nath des Nervus Medianus mit rapider Wiederherstellung der Innervation in den gelähmten Partieen.*

P. hat bei 2 Frauen die Nath des N. Medianus vorgenommen. In dem einen Falle war der Nerv seit 14 Jahren durchschnitten und obgleich die beiden Nervenenden degenerirt und sogar fibrös waren, stellte sich die Sensibilität in zwei oder drei Tagen wieder ein.

Rabow (Berlin).

II. Association francaise pour l'avancement des sciences.

Congrès de Blois.

Sitzung vom 19. Septbr. 1884. (Le Progrès med. Nro. 41. 1884.)

573) **Régis:** *Ueber Erblichkeit der allgemeinen Paralyse.*

Cerebrale Affectionen ohne psychische Störungen werden häufig sowohl bei den Ascendenten als auch bei den Descendenten der Paralytiker gefunden. Diese cerebrale Heredität ist jedoch für die Kinder der Paralytiker durchaus nicht so verderbenbringend, denn gerade unter diesen zeichnen sich viele durch hohe Intelligenz aus. Sie zeigen höchtens eine gewisse Prädisposition zu Gehirnaffectionen. — Gelegentlich dieser Mittheilung spricht Lunier seine Genugthuung darüber aus, dass seine Angaben, für die er vor 35 Jahren eingetreten, nun ihre völlige Bestätigung fänden.

574) **Delore** spricht über die *Aetiologie der Eclampsie.*

Nach Erörterung der verschiedenen Theorien kommt er zu der Ueberzeugung, dass die Eclampsie eine Entité morbide und kein symptomatisches Phänomen sei. Sie existire bereits vor ihrer Manifestation. Es handele sich um eine Veränderung des Bluts durch Microorganismen. Dafür zeuge die während des Lebens und selbst nach dem Tode beobachtete Hyperthermie. Der Einwand, dass Contagiosität bisher nicht nachgewiesen, sei bedeutungslos. Uebrigens seien Epidemien von Eclampsie bekannt. Den schuldigen Microorganismus zu finden, sei ihm bisher noch nicht gelungen. — In der Discussion warnt Bouley vor derartigen voreiligen Hypothesen.

575) **Bouchard:** Ueber den *Verlust der Sehnenreflexe bei Diabetes melitus.* Bei der Zuckerharnruhr sind die Sehnenreflexe häufig nicht vorhanden. In 66 Fällen seiner Beobachtung aus den letzten 3 Jahren fehlten sie 19 Male. Zwei Male konnte ein Fehlen und Wiedererscheinen des Phänomens constatirt werden. Es trat mit der Besserung des Diabetes ein, um mit der Verschlimmerung desselben wieder zu verschwinden. In prognostischer Beziehung dürfte das Verhalten der Sehnenreflexe von grosser Bedeutung sein. Von den 47 Diabetikern, bei denen die Reflexe erhalten waren, starben nur 2, während von den 19, die sich durch das Fehlen derselben bemerkbar machten, 6 zu Grunde gingen.

Bei 2 ihm ganz unbekannten Individuen wurde B. nur durch das Fehlen der Sehnenreflexe auf den Weg zur richtigen Diagnose geleitet.

576) **Dunoyer:** Ueber einen Fall von *transitorischer Aphasie aus toxischer Veranlassung.* Ein 20 jähriges kachectisches Mädchen hatte gegen Spulwürmer 5 centigramm Santonin eingenommen. 3 Stunden darauf sah D. sie und constatirte, dass sie ausser Stande war, zu sprechen. Sie konnte nur das Wort: „mais" hervorbringen und gab durch Gesten lebhaft ihre Unzufriedenheit darüber zu erkennen, dass sie ihre Gedanken nicht durch Worte ausdrücken könne. Am folgenden Tage war sie der Rede wieder vollkommen mächtig. Die Aphasie hatte mit dem Moment begonnen, wo Pat. anfing, gelb zu sehen und war verschwunden, als die normale Perception der Farben wieder eingetreten war. Dies geschah etwa 4 Stunden nach dem Einnehmen des Mittels. Rabow (Berlin).

IV. Miscellen.

577) *Dem Generalbericht über die Sanitätsverwaltung im Königreich Bayern*, herausgegeben im Auftrage des Ministerium des Innern von Dr. C. Fr. Mayer, die Jahre 1878 bis 1881 umfassend entnehmen wir über die bayr. Irrenanstalten folgende statistischen Notizen:

Der durchschnittliche Bestand im Jahre 1881 betrug 3151 Köpfe, die Zahl der Genesenen 249 d. i. 7,8 Proc. des Durchschnittsstandes, die Zahl der Gebesserten 218 d. i. 6,9 Proc., die der Ungeheilten 258 d. i. 8,2 Proc., die der Gestorbenen 310 d. i. 9,8 Proc. Das weibliche Geschlecht ist bei der Melancholie in starkem Uebergewichte, bei allen übrigen Formen von Seelenstörungen aber in der Minderzahl; nur die Manie kam bei beiden Geschlechtern fast gleich häufig vor. Am leichtesten heilbar ist die Manie (mit 52 und bis 54 Proc. der Aufgenommenen), dann folgt die Melancholie (mit etwa 38 Proc.), dann die epileptische Seelenstörung (mit 6 bis 7 Proc.), dann die secundäre Seelenstörung (mit 2 bis 4 Proc.); die paralytische Seelenstörung, sowie die Idiotie und der Cretinismus sind absolut unheilbar. Die meisten Erkrankungen treffen auf das Alter von 30 bis 40 Jahren (etwa 28 Proc. der Gesammtzahl), dann folgt das Alter von 20 bis 30 Jahren (mit 25 Proc.); das Alter unter 15 Jahren, sowie das über 70 Jahren sind von psychischen Störungen fast ganz verschont. Am frühesten tritt die Manie, am spätesten die Paralyse auf; bei letzterer ist überhaupt die Dauer ihrer Herrschaft eine kurze. Sehr eingehend sind die Erblichkeitsverhältnisse der Aufgenommenen je nach den Krankheitsformen besprochen; bei der Manie steigt die Erblichkeit bis zu 50 Proc., bei der Paralyse fällt sie bis auf 31 Proc. Unter 100 Erblichbelasteten treffen 51 auf directe und 49 auf indirecte Erblichkeit resp. Familienanlage und zwar in gleichem Verhältnisse bei beiden Geschlechtern. Im Allgemeinen sind die erblichen Psychosen leichter heilbar als die nicht erblichen; andererseits aber kommt dem

erblichen Irrsin eine grössere Geneigtheit zu Recidiven zu als dem nicht erblichen. — Was die *Sterblichkeit* mit Rücksicht auf Krankheitsformen betrifft, so ist dieselbe bei der fortschreitenden Paralyse weitaus am höchsten (58 bis 60 Proc. im mehrjährigen Durchschnitte), während sie bei Manie und Melancholie nur 8 bis 10 Proc. beträgt. Am häufigsten sind in Irrenanstalten die acuten und chronischen Krankheiten der Athmungsorgane (mit 45 bis 47 Proc. aller Sterbfälle), dagegen sind die Infectionskrankheiten, besonders der Typhus, seltene Vorkommnisse. Auch Selbstmorde und Unglücksfälle kommen in den bayerischen Irrenanstalten selten vor (in den 6 Jahren von 1876—81 nur 19 Selbstmorde und 16 Unglücksfälle).

Die Hauptergebnisse der einzelnen Irrenanstalten für das Jahr 1881 sind in der folgenden Tabelle enthalten:

Irrenanstalten.	Durchschnitts-Stand der Verpflegten.	Hiervon sind abgegangen:					Von 100 Verpflegten des Durchschnitts-Standes sind abgegangen:		
		genesen	gebess.	ungeb.	gestorb.	im Ganzen	im Ganzen	hiervon als gebess.	hiervon als gest
München	596,5	55	43	53	70	221	37,0	9,2	11,7
Deggendorf . . .	280,5	23	21	27	26	97	34,6	8,2	9,3
Klingenmünster	530	48	20	20	40	128	24,2	9,1	7,5
Karthaus-Prüll .	221,5	19	29	10	16	74	33,4	8,6	7,2
Bayreuth	278	18	13	7	19	57	20,5	6,5	6,8
Erlangen	377	36	39	17	53	145	38,4	9,5	14,1
Werneck	451	25	8	45	48	126	27,9	5,5	10,6
Kaufbeuren-Irsee	417	25	45	79	38	187	44,8	6,0	9,1
Summa	1513,5	249	218	258	310	1035	32,8	7,9	9,8
der Männer	1618	97	132	152	187	568	35,1	6,0	11,6
der Frauen	1833,5	152	86	106	123	467	30,4	9,9	8,0

578) *Irrenwesen in Italien.* A. Vergo theilt in den Annales med. psych. vom Mai d. J. folgende statistische Notizen mit. In *Italien* befanden sich am 31. Dezember 1880 62 *Irrenanstalten*, welche 17474 Kranke — 9000 Männer und 8474 Frauen — enthielten. Auf 10,000 Einwohner zählt man 61,25 Irre, welches ein Verhältniss von 1 : 634 Einw. gibt, ein günstigeres, wie in Deutschland. Der grösste Theil der Kranken männlichen Geschlechts stand im Alter von 21—40, der der Frauen in dem von 41—60 Jahren. Die Unverheiratheten machen die doppelte Zahl im Vergleich zu jener der Verheiratheten aus. Es gibt dreimal mehr verheirathet als verwittwete Irren. Die Juden und Protestanten sind am meisten von Irrsinn befallen im Vergleich zu den Katholiken und den nicht gebildeten Einwohnern. Seit 1874—77 haben sich die pellagrösen, alkoholischen, epileptischen und hysterischen geistigen Störungen vermehrt, während eine Verminderung oder doch ein stationärer Stand des moralischen Irrsinns, der hallucinato-

rischen, cyclischen und puerperalen Störungen beobachtet wurde. Die Manien sind seltener geworden in Folge der humanern Behandlung der Kranken; jedoch sind Manien häufiger als die Melancholien. Die pellagröse Form des Irreseins kommt am häufigsten in Venetien, fast gar nicht in Sicilien, Sardinien und im Neapolitanischen vor. Der Alkoholismus ist am meisten verbreitet im oberen Italien (Ligurien), der Cretinismus in der Lombardei. Hysterische und puerperale psychische Störungen sind häufig in Venetien, ausserordentlich viele epileptische Psychosen in Toscana.

In Italien befinden sich 20,000 Epileptische, in Frankreich 33,225, von denen nur 1,014 sich in Anstalten aufhalten. Auf 5000 Einwohner kommen etwa 6 Epileptiker, in Frankreich 9,2 auf 10000 Einwohner. Die grösste Zahl der Epileptiker ist in Ligurien und Sicilien in Folge des Genusses von *Absynth.*

Pellagra bringt ein sehr grosses Contingent der Irren, denn es befanden sich von 98,000 Pellagrösen 1,368 in Anstalten. Am schwersten leiden an Pellagra die Landschaften Lombardei, Venetien, Curitia. Eine auf die einzelnen Distrikte der genannten Provinzen ausgedehnte Untersuchung über die Krankheitsverbreitung ergibt als *Maximum* der Frequenz 59,6 pro M. der Gesammtbevölkerung der Districte Varolanuova (Prov. Brescia), demnächst in den Distrikten Badio (Prov. Rovigo) 54,6 pro M. allmälig abnehmend bis zu 22,5 pro M. im Distrikt Piacenza. Die Geistesstörung bei Pellagra, die sich allmälig entwickelt, trägt gewöhnlich den Charakter der Melancholie, seltener den der Manie, ganz besonders zum Selbstmord disponirend, meistens durch Ertränken.

V. Personalien.

Offene Stellen. Jena (Irren-Anst. u. psych. Klinik) erster Assistenzarzt, 1. Januar 1885.

Besetzte Stelle. Eichberg, Vol.-Arzt Herr Dr. Ewers aus Wesel.

Versetzt. Reg.- und Med.-Rath Dr. Freiherr von Massenbach zu Coeslin in gleicher Eigenschaft nach Coblenz.

Ernannt. Dr. Fleischer in Mühlhausen, Dr. Odenkirchen in Euskirchen, Dr. Rosenthal in Ratibor, Dr. Wiche in Hildesheim zu Sanitäts-Räthen.

Todesfälle. Prof. Dr. Brenner, der bekannte Electrotherapeut zu Merseburg Kreisphysikus Dr. Krebs in Jüterbogk.

Druckfehler-Berichtigung.

Pag. 492 Z. 13 v. u. lies: Locura.

Pag. 493 Z. 14 v. o. lies: vasomotorischen.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Wirtz in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. 1. Dezember 1884. Nro. 23.

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

II. Referate und Kritiken. Luys: De la locomobilité ou des changements du position du cerveau suivant les différentes attitudes de la tête. Luys: La locomobilité intracranienne du cerveau devant l'académie de médecine. Cavoy: De l'amplitude des déplacements du cerveau dans les différentes attitudes du corps. Herms: Ueber die Bildungsweise der Ganglienzellen im Ursprungsgebiete des Nervus acustico-facialis bei Ammocoetes. Starr: Sensorische Leitungsbahnen. Braubach: Ein Fall von Limpombildung der Rückenmarkshäute. Trilessky: Fehlen des linken Geruchsnerven. Hervonet: Das Nervensystem einer Idiotin. Schneider: Ueber das Schicksal des Caffeins und Theobromins im Thierkörper, nebst Untersuchungen über den Nachweis des Morphins im Harn. Rogowitsch: Der Einfluss der Nervendehnung auf Leitungsfähigkeit und Erregbarkeit. Shaw: Cerebrale Haemorrhagie. Monastyrski: Ueber Veränderungen an den Nerven beim Tetanus. Löwenfeld: Ueber Spinallähmungen mit Ataxie. Picard: Wechselständige Bewegungs- und Gefühlslähmung. Maslowski: Zur Kasuistik der progressiven Muskelatrophie. Lindén: Zwei Fälle von Nervendehnung wegen Tabes dorsalis. Hughes: Ueber die Heilbarkeit der locomotor. Ataxie und die Pseudoataxie. Holsti: Quelques cas d'hémiplégie hysterique. Burkart: Zur Behandlung schwerer Formen von Hysterie und Neurasthenie. Strahan: Epileptiforme Krämpfe nach subcutaner Injection von Amilnitrit bei Lumbago. Wahlfors: Fall von Intermittens-amblyopie. Berkhan: Bericht über den Massenunterricht stotternder und stammelnder armer Schulkinder behufs Beiseitigung ihres Uebels. Gatschkowski: Zur Casuistik der allgemeinen Faradisation. Engelskjön: Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der beiden elektrischen Stromesarten und die elektrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung. Lewis: Hemichorea mit Geistesstörung nach Hemiplegie. MacDowall: Congen. geistiger Defect mit Wahnideen des Argwohnes bei Zwillingen. Willet: Unerwartete Heilung. Strahan: Manie bei einem Kinde. Chapmann: Welchen Werth haben die verschiedenen Heilungsziffern der verschiedenen Asyle als Zeugnisse ihrer Wirksamkeit? Campbell: Wie beeinflussen Entweichungen, Freiheit, Wohlbefinden und „offene Thüren" die Kranken in Irrenanstalten? v. Krafft-Ebing: Zwei Fälle von vieljähriger Verkennung geistiger Krankheit (Verfolgungsquerulantenirrsinn) bei Sträflingen. Fox: Grössenwahn bei chron. Alcoholismus. Fritsch: Originärer Schwachsin. Kraussold: Melancholie und Schuld. Le Grand du Saulle: Gutachten. Madigan: War Quiteau geisteskrank? Russeb: Ueber die Grenzen des Irreseins. Mann: Ein Fall von Hebephrenie mit Epilepsie bei einem 16jähr. Mädchen. Dana: Folie du doute & Mysophobia. Knittel: Ueber sporadische psychische Ansteckung.

III. Aus den Vereinen. Société de Biologie zu Paris.

IV. Tagesgeschichte. V. Personalien.

I. Original-Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom 10. November 1884.)

579) **Openheim:** *Ueber Vagus-Erkrankung im Verlauf der Tabes dorsal.* Vortr. beschränkt sich darauf von den im Verlauf der Tabes

dorsalis auftretenden Krankheitserscheinungen, welche mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine Erkrankung des N. Vagus bezogen werden können, die Kehlkopfsymptome zu besprechen. Während die Larynxcrisen wenigstens von Seiten der französischen Autoren eingehend gewürdigt worden sind, sind die Mittheilungen über Kehlkopfmuskellähmungen noch vereinzelt und die anatomischen Befunde noch recht spärlich. (Der Vortr. führt die einschlägige Literatur an.)

Ein Kranker, der der Gesellschaft vorgestellt wird, bietet die Zeichen einer vorgeschrittenen Tabes dorsalis. Er leidet seit Jahren an Larynx-Krämpfen; im letzten Jahre ist die Stimme rauh, heiser, zeitweise klanglos, der Athem keuchend. — Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt eine Parese beider Musculi crico-arytaenoid., sowie des rechten thyreo-arytaenoideus. Der Puls ist zeitweise arythmisch und setzt für 6—8 Schläge ganz aus.

Vortr. berichtet alsdann über eine Patientin, die jahrelang auf der Nervenabtheilung beobachtet wurde. Sie zeigte das Bild der Tabes dorsalis in seiner ganzen Vollkommenheit und litt an gastrischen und Larynx-Krisen. In den letzten Lebensmonaten traten auch hier die Zeichen einer Stimmbandparese hervor. Die Autopsie zeigte graue Degeneration der Hinterstränge, im Vagus-Accesoriuskern der Medulla oblongata nichts Besonderes. Ueber die Beschaffenheit des Respirationsbündels hat der Vortr. bis jetzt noch kein abgeschlossenes Urtheil; dagegen tritt eine erhebliche Degeneration im Stamme des N. vagus und des Laryngeus superior hervor, wie die vom Vortr. demonstrirten microscopischen Präparate beweisen. Er bedauert, den N. laryngeus superior nicht heraus präparirt zu haben, auf dessen Untersuchung in Zukunft Werth zu legen sei.

Larynx-Krisen hat Vortr. in zwölf Fällen von Tabes dorsalis constatiren können. Die Anfälle hatten nicht immer denselben Charakter, sondern glichen bald dem Keuchhustenparoxismus, bald mehr jener Form von Larynx-Krämpfen, wie sie als Laryngismus stridulus geschildert wird; endlich wechselten mit diesen Anfällen solche einfacher Athemnoth und Angst ab. Sie können Jahre lang und selbst über ein Jahrzehnt bestehen ohne schwere Folgeerscheinungen und können selbst an Intensität verlieren. Aber gerade in den Fällen, in denen sie sich häufen und an Heftigkeit stets zunehmen, scheinen die Stimmbandparesen sich einzustellen. Von den Beziehungen der Kehlkopfstörungen zu anderen Symptomen der Tabes dorsalis erscheinen dem Vortr. am constantesten die zu den gastrischen Krisen, insofern als diese in der Mehrzahl seiner Beobachtungen Jahre lang vorausgingen. Ausserdem bestehen nebenher gern: Schlingbeschwerden meist leichterer Art, Schwindel und Ohnmachtsanfälle etc. Arthropathien waren in drei Fällen vorhanden.

Der Tod erfolgte einmal sicher in einem solchen Anfall, in einer anderen Beobachtung ging ein Hustenparoxismus wenigstens dem Exitus unmittelbar voraus.

In den meisten der genannten Fälle sowie auch in vielen der durch gastr. Krisen ausgezeichneten Fälle von Tab. dors. konnte Vortr.

in der seitlichen Halsgegend am Innenrand des Muscul. sternocl. einen Schmerzdruckpunkt auffinden. (Autorreferat.)

In der Discussion bemerkt Herr Mendel, dass, da nach den Untersuchungen Biaret's bei Veränderungen des Respirationsbündel (solitäres Bündel) vasomotorische und trophische Störungen eintreten, mit etwaigen Befunden an diesem Bündel im vorliegenden Falle die trophischen Störungen (Stomatitis etc.) in Zusammenhang zu bringen seien. Herr Westphal sah in einem ähnlichen Falle eine Sclerose des Vagus-Kerns. Er plaidirt für den Gebrach des Wortes „Anfall" statt „Krise". Herr Jastrowitz beobachtete einen Fall von Tabes dors., in dem von Anfang an Heiserkeit, Larynxkrisen bestanden, später Oculomotoriuslähmung und gastrische Krisen. Herr Remak sah in einem Falle als erstes Symptom einseitige Kehlkopfmuskellähmung (M. crico-arytaenoideus post.).

580) **Thomsen:** *Ein Fall von typisch recidivirender Oculomotoriuslähmung.*

Bei dem jetzt 34jährigen, unbelasteten und sonst gesunden Manne trat im 5. Lebensjahre, nachdem Kopfschmerzen, Uebelkeit und Druck im Auge voraufgegangen waren, ohne Entzündung eine Oculomotoriuslähmung rechts auf, die in der Gräfe'schen Klinik behandelt wurde und nach 4 Monaten verschwand. Seitdem besteht eine Oculomotoriusparese mittleren Grades, die sich ganz regelmässig ein- bis zweimal im Jahre (im Mai und October) unter denselben Prodromen zu einer vollständigen Lähmung verstärkt — völlige Ptosis, Lähmung des Rectus sup. inf. und int. Pupillenstarre und Accomodationslähmung — um nach 3—4 Wochen wieder zum Status quo zurückzukehren.

Seit dem 13. Lebensjahre leidet der Kranke überdies in Folge von Kopfverletzung an epileptischen Krämpfen.

Auffällig ist nun, dass dem Anfall psychisch nervöse Prodrome (Angst, Kopfschmerzen, Uebelkeit) voraufgehen, dass in der Anstalt ein incompleter Anfall eintrat auf einen psychischen Shok, sowie dass sich die Lähmung verstärkte nach einem nächtlichen Angstanfall und schliesslich, dass das Gesichtsfeld beider Augen — und zwar rechts in beträchtlich höherem Grade — eine concentrische Einengung für Weiss und Farben aufweisst, die ganz entsprechend dem Grade der Lähmung zugleich mit dieser zu- resp. abnimmt. Auf der Höhe des Anfalls betrug das Gesichtsfeld links 20—25°, rechts dagegen 3—5°. Auch die Sehschärfe zeigte eine entsprechende mässige Herabsetzung.

Vortr. hebt die ganz auffällige innige Beziehung von Oculomotoriuslähmung, psychischem Verhalten und Gesichtsfeld hervor und weist auf die gleichzeitig bestehende Epilepsie hin, ohne übrigens einen Zusammenhang zwischen beiden Affectionen behaupten zu wollen. (Autorreferat.)

In der Discussion berichtet Herr Remack über ähnliche Anfälle bei einem 22 Jahre alten Menschen, Potator. Dieselben traten seit 12 Jahren regelmässig auf, anfangs zweimal jährlich, später öfter und dauerten zwei bis drei Wochen. Sie begannen mit Uebelkeit, Erbre-

chen, Schmerz in der linken Stirn- und Schläfengegend, Lichtscheu, worauf eine complete linksseitige Oculomotoriuslähmung folgte. Zuletzt bestand auch in der Zwischenzeit etwas Doppelsehen. Die Störung sei eine functionelle und habe Aehnlichkeit mit der Hemicranie.

Herr Hirschberg kennt aus seiner Erfahrung und der Literatur überhaupt noch keinen derartigen Fall von Wiederkehr der Lähmung.

581) **Mendel:** *Ueber präepileptisches Irresein.*

Vortr. bespricht zunächst die präepileptischen Zustände im Allgemeinen und dann insbesondere unter Bezugnahme auf einen von Lewin begutachteten Fall von Brandstiftung eine seltene Form dieses Irrseins, bei der das Bewusstsein getrübt ist, zugleich gewisse, oft im Zusammenhang mit der jüngsten Vergangenheit stehende, Vorstellungen auftreten und sich leicht in Handlungen umsetzen. In dem herangezogenen Falle handelt es sich um einen 40jährigen früher gesunden dem Alkohol etwas ergebenen Mann. Derselbe hatte 1876 den ersten epileptischen Anfall. 1877 und 1878 mehrere, sodann keine bis 1883. Seitdem häufigere Anfälle und stärkerer Alkoholgenuss. Vor den Anfällen wurde es ihm unbehaglich und flimmerte ihm vor den Augen, worauf er hinfiel. Nachher sprach er unsinniges Zeug. In der Nacht vor der That ärgerte er sich; denn seine Frau verweigerte den Beischlaf, machte ihm Vorwürfe wegen des Trinkens und äusserte, es sei das Beste, wenn er eimal eingesteckt würde, damit das Trinken aufhöre. Am folgenden Morgen ging er ruhig in die Werkstatt, arbeitete daselbst und trank nichts. Als er um 1 Uhr sich etwas ausruhend in der Leimkücke lag, kam ihm der Gedanke etwas zu begehen, damit er wirklich eingesteckt würde, und zwar Feuer anzulegen. Dem Gedanken folgte auch die That. Alsdann kam er in die Werkstatt zurück, sah verwildert aus und rief: „Jetzt stecke ich die Bude an“! Kurz darauf fiel er in einen Krampfanfall von 5 Minuten Dauer, sodann ging er zu Tisch. Als hierhin die Nachricht vom Brande gedrungen war und als er die Flammen sah, kam es ihm plötzlich zum Bewusstsein, dass er das Feuer angelegt hatte. Er half retten und stellte sich einige Stunden später der Polizei. Daselbst hallucinirte er in der folgenden Nacht; im Gefängniss war er weiterhin noch etwas verwirrt und nach drei Tagen war alles Krankhafte verschwunden. Das Gutachten auf Grund dessen das Verfahren eingestellt wurde, führte aus, dass akuter Alkoholismus ausgeschlossen sei und eine präepileptische Geistesstörung vorhanden gewesen sei. Amnesie sei darnach nicht immer vorhanden.

Vortr. erwähnt zum Schluss aus seiner Beobachtung noch zwei einschlägige Fälle. In der forensen Literatur seien sie selten (Discussion verschoben). Otto (Dalldorf).

II. Referate und Kritiken.

582) **J. Luys**: De la locomobilité ou des changements du position du cerveau suivant les différentes attitudes de la tête. (Mémoire lu à l'Académie de médecine. Sitzung vom 25. März 1884.) (L'Encéphale 1884. IV. Heft 3.)

583) **J. Luys**: La locomobilité intacranienne du cerveau devant l'académie de médecine. (L'Encéphale 1884. 4.)

584) **Gavoy** (Versailles): De l'amplitude des déplacements du cerveau dans les différentes attitudes du corps. (L'Encephale 1884. 4. S. 400.)

Bei Gelegenheit von Untersuchungen über craniocerebrale Topographie machte Luys Experimente zur Feststellung der Bewegungen des menschlichen Gehirns in der Schädelhöhle. Die Gehirnmasse, so behauptet L., verändert ihre Lage *der Schwere folgend* bei jeder Aenderung der Lage des Körpers resp. Schädels: bei aufrechter Körperhaltung entfernt sie sich von der Concavität des Schädeldachs, plattet sich ab und es entsteht ein *freier Raum* (espace libre) (von 5—7 Mm.), bei Rückenlage rückt sie von der vorderen, bei Bauchlage von der hinteren, bei Seitenlage von der seitlichen Innenfläche des Schädels ab und gleitet in die entgegengesetzte Schädelseite; die „Serosa" der Arachnoidea ermöglicht diese Bewegung. Die Methode der L.'schen Experimente möge im Original nachgelesen werden, nur soviel sei hier erwähnt, dass L. um den Einwurf zu entkräften, als sei diese Beweglichkeit an der Leiche eine Folge der Entleerung der Gefässe, und also auf die Verhältnisse beim Lebenden nicht anwendbar, auch an Gehirnen mit von der Aorta aus injicirten Gefässen operirte. Uebrigens versucht L. seine Behauptungen auch durch physiologische sowohl als klinisch-chirurgische Beobachtungen am Lebenden zu stützen. Die Gegenwart des Liqu. cerebro. spin. beim Lebenden kann die Excursionen zwar vermindern, aber nicht total verhindern, auch dieser folgt ja den Gesetzen der Schwere und vergleicht schliesslich L. das Gehirn in dieser Hinsicht mit dem im Fruchtwasser schwimmenden Foetus! Diese Lageveränderung des Gehirns übt nun einen grossen Einfluss auf die Gefässe innerhalb des Schädelraums, sowohl die des Gehirns selbst, als besonders die der Schädelbasis aus: das Gehirn hat geringere Blutfülle bei aufrechter Körperhaltung, daher die Schwindelerscheinungen bei Reconvalescenten, die Ermüdung nach langer aufrechter Körperhaltung u. s. w. Eine Menge von physiologischen und pathologischen Thatsachen erklärt L. mit Hülfe seiner „Entdeckung": u. A. auch die Seekrankheit, den Kopfschmerz bei Meningitis (Veränderungen der sich an einander bewegenden Flächen der Serosa), die Erscheinungen des Hitzschlages nach langen Märschen, die Häufigkeit der nächtlichen eplileptischen Anfällen u. s. w., u. s. w.

In der Discusion (Sitzung vom 4. 8. und 29. April) erhoben sich selbstverständlich gegen L's merkwüdige Behauptungen mehrfache Widersprüche, zunächst musste L. zugeben, dass die Beweglichkeit beim Lebenden jedenfalls viel geringer sein müsste und es sich keinenfalls um 5—7 mm. handeln könnte. Von anderer Seite wurde L. unter-

stützt am meisten von Colin (d'Alfort) der selbst Versuche an lebenden Pferden und Ochsen gemacht hat und dabei die Beweglichkeit des Gehirns bei Lageveränderungen des Körpers constatiren konnte: besonders gross waren die Excursionen der Hinterhauptslappen, am geringsten die der Frontallappen. Beclard wies zunächst darauf hin, dass „Bewegungen" des Gehirns, nämlich Zu- und Abnahme des Gehirnvolums, abhängig aller Respiration und Circulation, ja längst bekannt und ausser allem Zweifel wären, aber bei den von L. behaupteten Bewegungen müssste sich das Gehirn an einer Stelle von der Innenfläche des Schädels entfernen, und einen Zwischenraum zwischen sich und der Schädelwand lassen; ein solcher leerer Raum existirt aber nicht und kann nicht existiren; Gehirn und der übrige intracranielle Inhalt (Liquor cerebro. spin., Venenplexus u. s. w.) füllen das Cranium vollständig aus. Dem entgegen behauptet Luys aufs Bestimmteste die Existenz dieses „pericerebralen" Raums. Colin pflichtet ihm bei: es existirt seiner Ansicht nach ein leerer Raum zwischen Dura und Gehirn d. h. im Arachnoidalraum, er ist erfüllt von einem Gas (!) das sich ausdehnt, wenn der Raum sich erweitert; er vergleicht diese Verhältnisse mit denen im Pleura-Raum (!!); er habe beim Oeffnen seröser Höhlen Gas entweichen sehen, dieses Gas ermögliche die Bewegungen der 2 serösen Blätter an einander. (!) — Trélat und Sappey weisen in längeren Auseinandersetzungen die Ansichten L's, ersterer besonders auch L's kühne Schlussfolgerungen auf pathologischem Gebiet zurück.

In dem Resumé im 4. Heft des Encéphale sucht Luys ihre Ausführungen zu entkräften, ohne indess neue, seine Behauptungen stützende Thatsachen beibringen zu können.

Gavoy berichtet in seiner Arbeit von neuerdings von ihm gemachten Experimenten; er konnte an der Leiche sehr ausgiebige Excursionen des Gehirns je nach den verschiedenen Körperhaltungen constatiren und zwar im Gegensatz zu Colin eine besondes grosse Beweglichkeit der Frontallappen. Schoenthal (Grafenberg).

---

585) **E. Herms:** Ueber die Bildungsweise der Ganglienzellen im Ursprungsgebiete des Nervus acustico-facialis bei Ammocoetes.
(Ber. d. Münch. Akad. d. Wiss. Juli 1884.)

Dass die Nervenzellen in erster Instanz epithelialen Ursprungs sind, dürfte gegenwärtig keinem Zweifel mehr unterliegen; allein von der Zelle des, noch durchaus epithealen Bau zeigenden Nervenrohres bis zur unzweideutigen Nevenzelle liegt vielleicht ein weiter Weg, dessen Zwischenglieder fast unbekannt sind. Nach den vorliegenden Beobachtungen bilden sich innerhalb des Ventrikelepithels (an der oben angeführten Stelle) grosse Nervenzellen in der Weise, dass einzelne Epithelzellen sich von den benachbarten durch bedeutenderes Wachsthum auszuzeichnen beginnen; weiterhin senken sich diese grössere Zellen unter das Epithel, indem sie von diesem überwuchert und so von der freien Ventrikeloberfläche abgedrängt werden.

Auffallend ist es auch, dass das freilebende Thier im Ursprungs-

gebiete des Facialis noch gar keine deutlichen Nervenzellen enthält, und im Gebiete des Acusticus und Vagus dieselben nur in den ersten Entwicklungsstadien zeigt.

Wir müssen demnach annehmen, dass jene embryonalen Gebilde aus welchen späterhin die Ganglienzellen hervorgehen (seien es Epithelzellen oder runde Körner, sogenannte Nervenkörperchen von Hensen) schon die Bedingungen in sich vereinigen, um die Function von Nervenzellen auszuüben. Obersteiner (Wien).

---

586) **A. Starr**: The sensory tract in the central nervous system. (The journal of nerv. & ment. diss. 3. 1884. 327.)

Verf. glaubt, dass man durch Untersuchung mikrocephalischer Gehirne vielleicht zu brauchbaren Resultaten bezüglich der sensorischen Leitungsbahnen gelangen könne. Ein solches Gehirn, welches ihm zur Untersuchung übergeben wurde, beschreibt er ausführlich. Das Kind welches in Steisslage zur Welt kam, lebte nach der Geburt noch 8 Tage. Es nahm die Brust und schrie wie ein normales Kind, machte aber keine willkürliche Bewegungen, und schien vollkommen anästhetisch zu sein. Es schlief viel und wachte nur auf, wenn es nach Nahrung verlangte. Eine genauere Untersuchung war leider nicht angestellt worden. Das Hauptresultat der Untersuchung war:

1. Gänzliches Fehlen der Pyramidenbahnen; der Lemniscus in den Hirnschenkeln, Pons und Medulla theilweise vorhanden.
2. Vorhandensein des „tractus interolivarius“.
3. Der Substantia reticul.
4. Der Nervenkerne des vierten Ventrikels.
5. Vorhandensein der pedunculi cerebelli.
6. Ein normales Kleinhirn.

Ueber die sehr eingehende und interessante Ausführung dieser 6 Punkte, welche sich nicht für ein kurzes Referat eignet, möge im Original nachgesehen werden. Koenig (Dalldorf).

---

587) **M. Braubach** (Cöln): Ein Fall von Limpombildung der Rückenmarkshäute. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 2. p. 487.)

Das bei einem 5 jährigen Kinde beobachtete *Lipom* hatte seinen Sitz, „innerhalb des Arachnoidealsackes“, der seine Verhüllung darstellte. Die Geschwulst hatte eine spindelförmige Gestalt und erstreckte sich in einer Länge von 12 Ctm. zwischen V. Cervical- und Dorsal-Nerven. Das Rückenmark war an dieser Stelle an die vordere Wand des Wirbelcanals gedrängt, bandförmig platt gedrückt und hochgradig degenerirt, ebenso hatte von der comprimirten Partie aus absteigende Degeneration der Pyramiden-Seitenstrang-Bahnen stattgefunden. Das Gehirn erwies sich als normal.

Die intra vitam beobachteten Erscheinungen waren folgende: Paraplegie und Anästhesie und Contractur der Unterextremitäten, Blasenschwäche, Steigerung der Sehnenphänomene, ferner Lähmung und Contractur der rechten oberen Extremität, während die linke völlig intact geblieben war. Langreuter (Dalldorf).

---

588) **Trilessky**: Fehlen des linken Geruchsnerven. (Wratsch 1884. Nr. 37.)

Verf. fand bei der Obduction eines Soldaten folgende Anomalie: Der linke Geruchsnerv fehlte ganz. An Stelle der inneren Wurzel dieses Nerven auf der inneren Seite des trigonum olfactorium findet sich ein Wulst von ungefähr 4 Mm. im Durchmesser. Am äusseren Rande dieses Dreiecks verläuft nur ein weisslicher Streifen an der Stelle, wo sich normal die äussere Wurzel des Geruchsnerven hefindet. Veränderungen in anderen Gehirntheilen wurden nicht gefunden.

Pat. war 25 J. alt. Er starb nach dreitägiger Krankheit an febris Intermittens (in Ismail) combinirt mit doppelseitiger croupöser Pneumonie. Bei Lebzeiten hat sich das Fehlen des Geruchsnerven nicht bemerkbar gemacht. Buch (Helsingfors).

---

589) **Hervonet** (Nantes): Etude sur le système nerveux d'une idiote. (Das Nervensystem einer Idiotin.)(Archives de Physiol. norm. et path. 1884. 6.)

Das Gehirn eines hochgradigen idiotischen Mädchens von $3^1/_2$ Jahren zeigte neben sehr einfachen Windungen eine, besonders an den Stirnlappen ausgesprochene Atrophie. Die rechte Hemisphäre ist weniger atrophisch. Das Rückenmark erscheint assymetrisch, die rechte Hälfte ist weniger breit, das Vorderhorn hier weniger entwickelt, und der Pyramidenvorderstrang anscheinend atrophisch; beide Pyramidenseitenstränge, sowie die Goll'schen Stränge färben sich mit Carmin intensiv roth, und lassen nur wenige ausgebildete Nervenfasern erkennen. — Verf. ist der Ansicht, dass es sich dabei um einen Bildungsfehler, um ein Zurückbleiben des Rückenmarkes in der Entwicklung handle.

Er hat vergleichsweise das Rückenmark anderer Kinder untersucht, und gefunden, dass dasselbe vor dem $3^1/_2$—4 Jahre in soferne nicht seine vollständige Ausbildung erlange, als die Pyramidenstränge früher nicht vollkommen entwickelt, ihre Nervenfasern nur theilweise mit Markscheiden versehen sind. Obersteiner (Wien).

---

590) **Rich. Schneider**: Ueber das Schicksal des Caffeins und Theobromins im Thierkörper, nebst Untersuchungen über den Nachweis des Morphins im Harn. (Diss. Dorpat 1884.)

Sowohl Caffein als Theobromin werden im Organismus bis zu einer gewissen Menge zersetzt; erst nach Einführung von 0,5 Grm. Caffein beim erwachsenen Menschen (0,3 Theobromin) passirt ein geringer Theil unverändert den Körper, und ist dann mit Leichtigkeit im Harn nachzuweisen.

Morphin hingegen konnte auch nach geringen Gaben *ausnahmslos* im Harn nachgewiesen werden. Die Methode welche Prof. Dragendorff hiezu angegeben hatte, ist folgende:

Ohne den zu untersuchenden Urin auf ein geringeres Volumen einzudampfen, wurde derselbe, so wie er war, nach Ansäurung mit einigen Tropfen verdünnter Schwefelsäure (1,8) mit $^1/_3$—$^1/_5$ seines Volumens Amylalkohol durch 5 Minuten geschüttelt (zur Entfernung der verunreinigenden Harnbestandtheile). Nach Scheidung beider Flüssig-

keiten in einer Burette, wurde der Harn mit etwas Ammoniak alkalisch gemacht, und abermals mit Amylalkohol ausgeschüttelt, welcher nun das etwa vorhandene Morphin aufnimmt. Der Amylalkohol wird nun wieder vom Harn getrennt, ersteren lässt man auf einem Unterschälchen verdunsten, und behandelt den Verdunstungsrückstand mit dem Fröhde'schen Reagens.

Es handelt sich dabei nicht um ein Zersetzungsprodukt des Morphins, welches im Harne nachgewiesen wird, sondern es ist das Alkaloid selbst; hingegen kann nicht die gesammte Menge des eingeführten Morphins im Harne wiedergefunden werden. Selbst bei kleinen Gaben (0,01 Grm.) findet sich ein Theil des Alkaloid im Harne, allein ein anderer bedeutend grösserer Theil, scheint einer Zersetzung anheimgefallen zu sein. Obersteiner (Wien).

---

591) **D. Rogowitsch**: Der Einfluss der Nervendehnung auf Leitungsfähigkeit und Erregbarkeit. (Kiewsk. Universitäts-Iswestija Nro. 1. 1884. Russkaja medicina 1884. Nro. 10.)

Verf. untersuchte experimentell die Leitungsfähigkeit der Nerven in verschiedenen Zeiträumen nach der Dehnung. Versuchsobject waren Frösche. Aus zahlreichen Versuchen zieht er folgende Schlüsse: 1. Nach Dehnung des Nerven degenerirt ein Theil der Fasern vollständig. 2. Die Leitungsfähigkeit des Nerven sinkt bedeutend. 3. Die Erregbarkeit sinkt auch, aber nicht immer. 4. Herabgesetzte Leitungsfähigkeit kann bei unveränderter Erregbarkeit vorkommen. 5. Erregbarkeit und Leitungsfähigkeit des Nerven sind positiv verschiedene Eigenschaften, welche sich unabhängig von einander verändern können. 6. Der heilende Effect der Nervendehnung bei Leiden des Nervenstammes selbst erklärt sich durch die Entfernung der pathologisch veränderten Axencylinder aus dem Kreise seiner functionellen Thätigkeit.

Buch (Helsingfors).

---

592) **James Shaw**: Case of cerebellar haemorrhage. Abnormalities of cerebral arteries. (Journ. of ment. science, Juli 1884.)

Eine 74jährige Altersschwachsinnige erlag einem plötzlichen Anfalle von Apoplexie mit motorischer und sensibler Parese der linken Körperhälfte und Erbrechen. Ein Jahr vorher war ein ähnlicher Anfall mit *rechts*seitiger Parese und Articulationsstörungen vorausgegangen. Es fanden sich Abweichungen im Ursprung und Verlauf der rechten hinteren Cerebralarterie, wie sie nicht selten zur Beobachtung kommen. Die rechte Kleinhirnhemisphäre war Sitz einer ausgedehnten Blutung die auch den 4. Ventrikel anfüllte. Als Ursache des ersten Anfalles muthmasst Shaw Embolie eines kleinen Zweiges in der rechten Kleinhirnhälfte oder eine kleine Hämorrhagie daselbst, deren Spuren die zweite verwischte. Die linksseitigen Erscheinungen des zweiten Anfalles erklärt er durch Druck auf die rechte Seite des pons und der medulla. Matusch (Sachsenberg).

---

593) **Monastyrski**: Ueber Veränderungen an den Nerven beim Tetanus.
(Protok. i trudy Pirooper. chirurg. obsch. 1882—1883. Russkapa medicina. 1884. Nro. 8.)

Dr. Monastyrski untersuchte vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte aus die Veränderungen der peripherischen Nerven und des Rückenmarks an 3 Fällen von traumatischem Tetanus.

Der erste bezieht sich auf einen 11jährigen Knaben, bei dem in Folge fungöser Entzündung Resection des Kniegelenks vorgenommen worden war. Am 9. Tage nach der Operation stellte sich Trismus ein, am 10. Tage Krämpfe, am 12. Tage trat der Tod ein. Die Nerven der operirten Extremitäten, besonders des n. ischiadicus zeigten Hyperämie ihrer Scheiden auch die Pia des Rückenmarks hyperämisch auf dem n. tibialis ein Abscess von der Grösse einer Wallnuss, die Nervenscheide von Eiter durchtränkt. Auf den mikroscopischen Schnitten des n. ischiadicus sind eigenthümliche Blutergüsse in die Rindensubstanz des Nerven zu bemerken von unregelmässiger oder halbmondförmiger Form.

Zweiter Fall. Sechs Tage nach einer sehr schweren Verletzung wurde an einem Knaben die Amputation des Oberschenkels vorgenommen; beim Unterbinden der Gefässe wurde an einer blutenden Stelle ein Ligatur en masse angelegt. Am 12. Tage — Erscheinungen von Tetanus — am 14. Tod.

Bei der Section werden im Stumpfe makroscopisch in der Nähe der Nerven Abscesse gefunden, Verdickung des n. ischiadicus. Mikroscopisch — Blutergüsse in den n. saphenus. Im n. ischiadicus — entzündliche Infiltration der peripheren Bündel.

Der dritte Fall von Tetanus entwickelte sich in Folge von Contusion zweier Fusszehen bei einem Greise am 9. Tage nach der Verletzung, am 12. Tage Tod. Bei der Section findet sich auf der Arachnoidea des Gehirns chronische Leptomeningitis, in den Nervenstämmen der Finger ebensolche Blutergüsse wie in den vorigen Fällen.

Buch (Helsingfors).

---

594) **L. Löwenfeld** (München): Ueber Spinallähmungen mit Ataxie.
(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 2. p. 438.)

Die unter obigem Titel veröffentlichten 2 Fälle betreffen eine 32jährige Frau (potatrix sonst gesund) und einen 44jährigen Mann, der — im allg. gesund — einen strapaziösen Botendienst versah und sich oft Erkältungen und Durchnässungen aussetzen musste. Es entwickelte sich bei denselben im Verlauf von etwa $1^1/_2$—2 Monaten ein eigenthümlicher Symptomencomplex von Motilitäts-, Sensibilitäts- und Reflexstörungen nebst Veränderung der electrischen Erregbarkeit. Beide Erkrankungen gingen nach einigen Monaten in Heilung über — einschliesslich der im ersten Falle vorhandenen psychischen Veränderung, bestehend in indolentem Wesen und Gedächtnissschwäche. Verf. giebt genaue Krankheitsgeschichten und interpretirt dieselben sehr ausführlich, indem er sie mit den bisher bekannten ähnlichen Fällen vergleicht: 1. Beobachtung von Kahler und Pick (Prager

Vierteljahresschr. 1879. p. 51) und 2. Beobachtung von Fischer (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIII. 1. p. 1.) Schliesslich wird folgendes Schema des aus diesen 5 Fällen abstrahirten Krankheitsbildes entworfen: Entwickelung motorischer Störungen an sämmtlichen 4 Extremitäten, die in ihrer Intensität von einfacher Schwäche bis zur vollständigen Paralyse variiren können. Hinzutritt von Atrophie in einem Theile der von Functionsstörung befallenen Muskeln, Anomalien der Erregbarkeitverhältnisse, von unbedeutenden Abweichungen von dem normalen Zuckungsgesetz bis zu vollkommener Ea R. und Entwickelung solcher auch in nicht gelähmten Muskeln. Mangel des Kniephänomens, Sensibilitätstörungen sowohl subjectiver als objectiver Natur. Die objective Sensibilitätsstörungen können alle Qualitäten der cutanen Empfindung betreffen. Ferner Ataxie an allen oder einem Theil der Extremitäten. Sphincteren fast unbetheiligt. Freibleiben der Gehirnnerven in der Mehrzahl der Fälle. Die Krankheit hat einen ascendirenden Character; sie verläuft in einem Zeitraum von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren. Die Prognose ist im allgem. günstig, doch ist in den schwersten Fällen die Möglichkeit völliger Wiederherstellung noch nicht erwiesen.

Was die Lokalisation der Krankheit betrifft, so sei eine Affection der Vorderhörner combinirt mit Erkrankung der Hinterhöner und Hinterstränge wahrscheinlich. Eine secundäre Degeneration greife auf die peripheren Nerven über.

Mit der spinalen Affection ist häufig cerebrale Mitbetheiligung, bestehend in Schwachsinn, verbunden. — Als Ursachen der Gesammterkrankung können nach bisherigen Erfahrungen Alkoholismus sowie Erkältung und Durchnässung angesehen werden.

Langreuter (Dalldorf).

---

595) **Picard**: Paralysie de la motilité d'un côté et de la sensibilité de l'autre. (L'Encéphale 1884. Band IV. Heft 3.)

Ein 65 jähr. Mann hatte Anfangs November 1883 Ohrensausen linkerseits und Schwindelanfälle, am 24. Novbr. einen ohnmachtsähnlichen Anfall und Erbrechen; man brachte ihn zu Bett und wandte Senfflaster und Wärmflasche an: nach kurzer Zeit war an der rechten Seite durch ersteres eine grosse Wundfläche, durch letzteres eine Verbrennung an der grossen Zehe gesetzt: die rechte Seite war anästhethetisch gewesen. Am 25. folgender Status: Geringe Somnolenz; Paralyse der *linken* oberen und unteren Extremität; Anästhesie und Analgesie der *rechten* oberen und unteren Extremität; am Rumpf keine Anästhesie, indessen die Brusthaut empfindlicher, als die Bauchhaut; im Gesichte findet sich *links* herabgesetzte Sensibilität, ebenso an der Zunge, wo auch das Geschmacksvermögen links herabgesetzt ist. Sehschärfe links geringer, Sensibilität beider Corneae herabgesetzt, Hörvermögen beiderseits wenig vermindert. Am 3. December ist notirt: Hyperästhesie der linken Gesichtshälfte und der linken Vola manus, sowie beider Zungenhälften links geringe Ptosis; Zunge variirt nach rechts; Pat. kann das linke Auge schliessen, ohne das rechte ebenfalls

zu schliessen, nicht so umgekehrt; Stirnfalten rechts deutlicher als links; Kaumuskeln links schwächer funktionirend. (Das elektrische Verhalten der gelähmten Muskeln scheint gar nicht geprüft worden zu sein.) Dabei Schwindel und Kopfschmerz, enge Pupillen. Einige Tage später Schmerzen in der Gegend des zweiten Brustwirbels und im linken Arm, der geschwollen und venös-hyperämisch ist. — Allmälige Besserung sämmtlicher Lähmungserscheinungen; nach einem Schwindelanfalle am 15. Januar vorübergehende Verschlimmerung; am 15. Februar kann Pat. mit Krücken gehen. Ende März waren die pathologischen Erscheinungen ganz geschwunden und kam Pat. ausser Beobachtung. — P. diagnostirte als wahrscheinlich eine Läsion des Pons.

Schoenthal (Grafenberg).

---

596) **N. N. Maslowski** (Charkow): Zur Kasuistik der progressiven Muskelatrophie. (Atrophia muscularis progressiva juvenilis Erb.) (Aus der Charkow'schen therapeutischen Klinik des Prof. Kusnezow.)

(Russkaja medicina 1884. Nr. 7 und 8.)

Der Fall betrifft einen 22jährigen Arbeiter, der im 10. Lebensjahre verwaist sich selbst sein Brod erwerben musste und daher häufig starken Anstrengungen bei Kälte und Nässe ausgesetzt war. Im 17. Lebensjahre bemerkte er eine auffallende Schwäche in den Armen und Beinen, welche im Laufe der letzten 5 Jahre beständig, wenn auch langsam, zunahm, sodass er das letzte Jahr nicht mehr arbeiten konnte. Vor 1½ Jahren hatte er Parästhesien der Beine, bestehend im Gefühl von Vertaubung und leichtem Stechen. Zugleich Anästhesie an denselben Stellen: Er fühlte nicht wenn er sich kniff oder stach. Jedoch erschienen diese Gefühlsstörungen anfallsweise und verschwanden dann ganz.

Erbliche Belastung scheint ausgeschlossen. St. pr. 1) Atrophie und Parese folgender Muskeln beiderseits: Mm. bicipites, brachiales interni, deltoidei, pectoriales majores, supra et infraspinati, serrat. ant. bicipites femor. und die übrigen Beuger des Kniegelenkes, quadrati femor., adductores femor. glutaei, vielleicht auch quadrati lumbar.

2) Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der atrophischen Muskel sowie Entartungsreaction bei einigen derselben.

3) Herabsetzung der Patellarreflexe.

4) Vollständiges Fehlen von Contracturen, ataktischen Erscheinungen, fibrillären Zuckungen und Sensibilitätsstörungen.

Verf. rechnet den Fall zur juvenilen Form Erb's mit welcher er in Allem übereinstimme, mit Ausnahme nur der veränderten electrischen Reaction der Muskeln. Buch (Helsingfors).

---

597) **K. E. Lindén**: Tva Fall af nervtängning utförd för Tabes dorsalis. (Zwei Fälle von Nervendehnung wegen Tabes dorsalis.)

(Fiuska läkarefällskapets handlingar 1883. Nro. 6.)

In beiden Fällen wurde die Dehnung des Ischiadicus vorgenommen hauptsächlich um die schweren durchschiessenden Schmerzen zu beseitigen. In beiden Fällen wurde das Ziel nur sehr unvollkommen erreicht. Doch schliesst Verf. aus dem Umstande, dass die Motilität nach der Operation unverändert war, dass die Dehnungen vielleicht zu schwach ausgeführt wurden. Buch (Helsingfors).

598) **Hughes** (St. Louis): The curability of Locomotor Ataxia & the simulations of posterior spinal Slerosis. (Ueber die Heilbarkeit der locomotor. Ataxie und die Pseudoataxie.) (Alien. & Neurol. 3. 1884.)

Verf. hat in seiner Praxis Fälle von Tabes beobachtet, die geheilt wurden. In einigen fehlten bloss die Patellarsehnenreflexe; in andern waren auch lancinirende Schmerzen, Schwanken bei geschlossenen Augen, und Ataxie vorhanden. Auch sah Verf. Heilung eintreten bei Fällen, welche den Symptomencomplex der multiplen Sclerose boten. Doch hält er die Existenz einer Pseudotabes und Pseudosclerose nicht für unmöglich. Koenig (Dalldorf).

---

599) **H. Holsti**: Quelques cas d'hémiplégie hystérique.
(Finska läkaresällpapets handlingar 1883. Nro. 6.)

Verf. theilt 3 Fälle von hysterischer Hemiplegie mit, die er in der med. Klinik in Helsingfors beobachtet hatte. In zwei Fällen war die Diagnose leicht, da die Lähmung bei Personen auftrat, die schon vorher ausgesprochene hysterische Symptome gezeigt hatten; im dritten Falle war es indessen unmöglich die Ursache der Hemiplegie zu finden. Es handelte sich um ein Mädchen von 15 Jahren, die sich stets einer guten Gesundheit erfreut hatte, bis sie eines Morgens beim Erwachen fühlte, dass ihre linke Seite gelähmt war. Die Lähmung hatte 7 Monate bestanden als Pat. ins Hospital eintrat; verschwand aber schon nach dreimaliger Anwendung des faradischen Stromes. Verf. ist der Ansicht, dass diese schnelle und vollständige Wiederherstellung der Motilität ein Beweis dafür ist, dass die Ursache der Lähmung nicht in einem organischen Gehirnleiden zu suchen sei, sondern dass diese functionell war und nahe verwandt mit den hysterischen Hemiplegien. Buch (Helsingfors).

---

600) **R. Burkart** (Bonn): Zur Behandlung schwerer Formen von Hysterie und Neurasthenie. (Samml. klin. Vorträge. Nro. 245. Leipzig 1884. 48 Seiten. M. 0,75.

Eine sehr weitschweifige Empfehlung der Weir Mitchel-Playfair'schen Mastcur. R.

---

601) **Strahan**: Hypodermic injection of nitrite of amyl for lumbago, followed by epileptiform convulsions. (Epileptiforme Krämpfe nach subcutaner Injection von Amylnitrit bei Lumbago.)

Die Convulsionen traten unmittelbar nach der Injection in sehr heftiger Form auf und gingen mit Bewusstlosigkeit, Congestion zu Kopf und Nacken und momentanem Sistiren der Herzthätigkeit einher. Die Wiederholung der Gabe hatte die gleiche Folgen. Der Kranke litt an chronischer Manie und ist weder vorher noch nachher von Krämpfen befallen vorden. Matusch (Sachsenberg).

602) **K. R. Wahlfors**: Ett fall af Intermittens - amblyopie. (Finska läkarefällskapets handlingar 1882. Nro. 6.)

Verf. theilt einen Fall mit, wo gleichzeitig mit den Fieberanfällen Amblyopie mit fast vollständiger Blindheit auftrat und nach dem Anfall wieder verschwand. Nach einigen Wochen hörten die Fieberanfälle auf, die täglichen Anfälle von Amblyopie aber blieben und wichen sehr rasch grossen Chinindosen.

Buch (Helsingfors).

603) **Berkhan** (Braunschweig): Bericht über den Massenunterricht stotternder und stammelnder armer Schulkinder behufs Beseitigung ihres Uebels. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 2. p. 498.)

Nach einem Bericht im Archiv f. Psych. (ref. d. Centralbl. Bd. VI. p. 421) hatte Berkhan im vorigen Jahre gefunden, dass unter 8235 die Volksschulen der Stadt Braunschweig besuchenden Kindern sich 63 stotternde und 23 stammelnde befanden. (Den Unterschied s. l. c.) Von diesen „Sprachkranken" wurden durch 4 Lehrer 27 geeignet erscheinende Kinder in einem Curs von 9—15 Wochen mit wöchentlich 6 Stunden systematisch unterrichtet, und zwar durch methodische Sprachübungen in Verbindung mit allg. Lungengymnastik.

Das Resultat war folgendes:

Geheilt	20
Gebessert	6
Verschlimmert	1
Unter den Geheilten waren Stammler	4
Stotternde	16

Unter den 16 geheilten Stotterern waren:

hochgradig stotternd	6
mittelgradig stotternd	9
gering stotternd	1

Die 6 Gebesserten waren hochgradig Stotternde, von den 2 sehr häufig den Unterricht versäumt hatten.

Die Heilung der Stammelnden nahm durchschnittlich längere Zeit in Anspruch. 3 Monate nach Schluss des Unterrichtes hatten nur 2 von sämmtlichen Schülern einen Rückfall bekommen.

Hervorzuheben ist, dass fast sämmtliche sprachkranke Kinder in ihren Schulleistungen etwas zurückgeblieben waren, und dass nach Hebung des Uebels *bedeutende Fortschritte* eintraten.

Langreuter (Dalldorf).

604) **G. J. Gatschkowski** (Rybinsk): Zur Casuistik der allgemeinen Faradisation. (Russkaja medicina 1884 Nro. 2 u. 5).

Verf. theilt 3 nach der Methode von Beard und Rockwell mit auffallendem Erfolge behandelte Fälle mit.

Fall 1. Eine 29 Jahre alte, 6 Jahre verheirathete, ziemlich anämische Frau leidet seit 3 Monaten an rechtsseitigen Kopf- und Gesichtsschmerzen, wobei der Schmerz sich vorzugsweise in der rechten Schläfe concentrirt; er ist in mässigem Grade beständig vorhanden

doch treten mehrere Male während des Tages und der Nacht heftige Schmerzanfälle auf, von verschiedener Dauer, $^1/_2$ Stunde, 1 Stunde und mehr; der Schlaf ist von Schmerzparoxismen unterbrochen, Appetit sehr gering, Darmentlerung selten, nach einigen Tagen allgemeine Schwäche, welche Pat. zwingt die meiste Zeit im Bette zuzubringen; Blässe des Gesichts und der sichtbaren Schleimhäute, Empfindlichkeit bei mässigem Drucke mit dem Finger auf die Wirbelsäule, von der Höhe der unteren Schulterblattwinkel bis zum Kreuzbeine Empfindlichkeit auch in der rechten Hüftgegend, wo zu Zeiten heftige Schmerzanfälle auftreten. Ausserdem Druckempfindlichkeit an folgenden Stellen: im rechten Scheitelhöcker, der Mitte der rechten Schläfe, am rechten Vagus, in der Gegend des rechten Backenbeines und der foramina supra et infraorbitalia rechts. Eine Woche nach Erkrankung suchte Pat. ärztliche Hülfe und hat die ganze Zeit verschiedene Arzneien gebraucht, aber wie sie behauptet ohne jeden Erfolg. Verf. schlug nach eingehender Untersuchung des Zustandes allgemeine Faradisation vor. Vollständige Heilung nach 10 Sitzungen ohne Anwendung irgend anderer Mittel.

Fall 2. Mädchen von 13 Jahren, von schwacher Constitution, und äusserster Magerkeit; kann vor Schwäche nicht sitzen, Appetit gering, Schlaf unruhig; Ausleerung 2 Mal täglich und mehr; Puls beschleunigt. Magerkeit und Schwäche sind die Folgen eines unlängst durchgemachten Unterleibstyphus. Verordnet wird allgemeine Faradisation. Da die Kranke nicht sitzen kann, so liegt sie während der Sitzung auf der Seite; eine breite erwärmte Platte, die mit der Ka. vereinigt ist, wird an die angefeuchtete Fusssohle gelegt und vom Assistenten festgehalten. An. in die Gegend des 6.—7. Halswirbels, wird ausserdem in leichtem Streichen längs der abgemagerten Muskulatur der Arme und Beine geführt. 4 Sitzungen täglich. Pat. wird durch diese Behandlung so gestärkt, dass sie am 2. Tage nach der 1. Sitzung, sitzen konnte, nach der 3. aufstand und mit Unterstützung ging. 2 Tage später nach der 4. Sitzung soweit gekräftigt, dass Fortsetzung des Electrisirens für überflüssig angesehen wird.

Fall 3. 12 jähriger Knabe, der einen Unterleibstyphus durchgemacht hat, kann in Folge grosser Schwäche dass Bett nicht verlassen, sitzt nur kurze Zeit; blass, mager, Appetit gering. Darmentleerung verhalten. Verordnung: Allgemeine Faradisation jeden anderen Tag. Anordnung wie im vorigen Falle. Im Ganzen 3 Sitzungen. 8 Tage nach der 3. Sitzung Pat. soweit gekräftigt, dass er selbstständig gehen kann. Buch (Helsingfors).

---

605) **C. Engelskjön** (Christiania): Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der beiden elektrischen Stromesarten und die electrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 2 p. 305.

Der vorläufigen Mittheilung im letzten Hefte des Archiv's (ref. in d. Centralbl. Juliheft 84 p. 299) hat der Verf. weitere Erörterungen folgen lassen. Dem früheren Referate wäre etwa noch folgendes

hinzuzufügen: E. hatte seine Resultate gewonnen durch ein 5jähriges genaues Studium des Gegenstandes. Die Anregung dazu gaben 2 gleichzeitig zur Behandlung gekommene Patientinnen die eine mit aktiver Gefässerweiterung (Erythromelalgie) der Hände, und die andern mit spastischer Gefässverengerung (lokale Asphyxie) ebendaselbst. Im ersteren Falle zeigte sich der constante, in letzterem der faradische Strom von eclatanter Wirkung, während die umgekehrte Anwendung Verschlimmerung hervorrief. Die Electrisirung der Armnerven brachte — ohne Rücksicht auf die Stromesart — keinerlei Wirkung hervor, wesshalb Verf. die lokalen vasomotorischen Genglienapparate als den Effect vermittelnd darstellt. — Unter der Voraussetzung nun, dass die verschiedenartige Reaction für die beiden Stromesarten eine Eigenschaft der vasomotorischen Ganglienzellen sei, übertrug E. seine Versuche auf die Hemicranie und zwar sowohl die vasoconstrictorische als auch vasodilatatorische Form. In 6 von 7 Fällen wurde die Effectdifferenz der Stromesarten auf das bestimmteste constatirt. (Eine Electrode in der Nackengrube, die anderen über dem Kehlkopf. Es wurde eine Stromstärke angewendet, die noch nicht zur Muskelcontractur ausreichte.) Allmälig wurde das Gebiet dieser Therapie auch auf die cerebrale und spinale Neurasthenie in allen möglichen Formen ausgedehnt — überall konnte die gleichartige Wirkung constatirt werden, jedoch nur in solchen Gebieten, welche Ganglienzellen enthalten, nie trat Wirkung auf die Nervenleitungen ein. — Wenn Fälle von cerebraler Nervenschwäche oder von Kopfschmerz, Migraine, Schwindel etc. zugleich von spinalen Symptomen begleitet waren, so musste in sehr vielen Fällen zur Erzielung eines allgemeinen therapeutischen Effects das Gehirn mit einer anderen Stromesart behandelt werden, als das Rückenmark. Verf. nennt dies Phänomen: paradoxe vasomotorische Reflexerscheinung.

Der „electrischen Neurose“ (dem Auftreten von nervösen Erscheinungen nach längerem Electrisiren der Centralorgane) widmet E. ein besonderes Capitel. Dieselbe stört oft die Reinheit der Beobachtung und kann in Bezug auf die Wahl des Stromes irre führen. Man soll daher in zweifelhaftem Falle Falle mit der Prognose immer einige Tage nach beendigter electrischer Cur warten.

Das *Verhalten des Gesichtsfeldes* und die daraus resultirende Wahlentscheidung für „positiven“ d. h. wirksamen oder „negativen“ d. h. unwirksamen Strom im gegebenen Falle ist in dem früheren Referat erläutert worden. Es sind in der Originalarbeit mehrere Beispiele mit Maassangaben der Gesichtsfeldveränderungen angeführt. — Wenn die Stromstärke so gesteigert wurde, dass wahre Reizwirkungen auf der Haut eintraten, kam die ungleichartige Wirkung der beiden Stromesarten nicht zur Erscheinung. —

Das Schlusscapitel in der Arbeit Engelskjön's behandelt die Bedeutug der ätiologischen Momente für die Wahl der Stromesarten, sowie die Wirkungsweise gewisser Medicamente. Die *gleichartige Wirkung des kalten Bades mit dem Galvanismus und des warmen Bades mit dem Inductionsstrom* ist ebenfalls früher erörtert.

Hervorgehoben sei noch, dass wenn (bei Nervenkranken) die Hände in kaltes oder warmes Wasser getaucht wurden, eine bedeutende Verschiebung des Gesichtsfeldes eintrat, und zwar übereinstimmend mit der Wirkung, die ein für den betreffenden Fall „positiver“ oder „negativer“ Strom hervorrief.

Verf. machte die Erfahrung, dass Fälle von Neurosen, welche durch deprimirende Gemüthsbewegungen, wie z. B. Schreck, Trauer, Kummer u. dgl. hervorgerufen waren, Behandlung mit dem faradischen Strom erforderten. Dasselbe war der Fall mit 3 Fällen von chronischen Tabacksvergiftungen; dagegen hatten Erkrankungen, welche durch Ueberanstrengung des Gehirns oder Muskelsystems oder durch forcirtes Wachen hervorgerufen waren, immer Behandlung mit dem galvanischen Strom erfordert. — Diese Aetiologie habe indicatorische Bedeutung ebensowohl für die Balneologie.

Es sei schliesslich erwähnt, dass Verf. die Richtung der Ströme für vollkommen irrevalent hält.

E. verspricht in ferneren Aufsätzen ausführlicheres klinisches Material beizubringen, sowie seine Beobachtungen über die Krankheiten der peripheren Nerven mitzutheilen.

Langreuter (Dalldorf).

---

606) **Bevan Lewis**: Post-hemiplegic hemi-chorea associated with insanity. (Hemichorea mit Geistesstörung nach Hemiplegie.)
(The Journ. of ment. science Juli 1884.)

Die 61jährige Patientin, Mutter von 12 Kindern, war schon vor 2 Jahren von einem Anfalle rechtsseitiger (rechte Gesichtshälfte und rechten Arm) Lähmung betroffen worden. Das Bewusstsein war im Anfalle erhalten; das rechte Bein blieb unbetheiligt. Vor 6 Monaten wurde bemerkt, dass sie die Controle über die Bewegungen des rechten Beines verlor und dass der rechte Arm, der sich seit dem ersten Anfalle gebessert hatte, Sitz choreatischer Bewegungen wurde. Die seit zwei Jahren behinderte Sprache blieb unverändert. Bei der Aufnahme zeigte sie grosse Demenz und Verworrenheit, „choreatische“ gehackte Sprache mit heftigem Hervorstossen des letzten Wortes, erschwerte Articulation bei erhaltenem Verständniss für Geschriebenes und Gesprochenes. Die Lippen und die Zunge waren in beständiger Bewegung, ebenso die rechten Extremitäten, doch im geringeren Grade die unteren: Der rechte Arm konnte freiwillig gar nicht bewegt werden, der biceps d. zeigte Entartungsreaction. Das Kniephänomen war fast verschwunden, das Gehen in Folge der schleudernden Bewegungen des rechten Beines unmöglich. Die Sensibilität war nirgends deutlich verändert, die höheren Sinnesorgane functionirten normal. Die linke Pupille reagirte etwas, die rechte nicht auf Lichteinfall.

Die Section ergab ein thrombosisches Gerinnsel im sin. longit. bis in die ven. jugull hinein, ebenso der kleinen venösen Gefässe auf der Scheitelhöhe, oberflächliche Erweichungsherde im l. gyr. supra-

marg. und vorderen Theil des angular., symmetrische Herde in beiden hinteren Centralwindungen, ferner im rechten Stirnhirn ein festes — älteres — Blutgerinnsel, in dessen Mitte sich ein verkalktes Gefäss befand.

Verf. schliesst, dass der Fall als ein Beispiel für die Theorie von Hughlings-Jackson und Broadbent dienen könne, (die die Chorea auf capillare Embolisirung des corp. striat. und des Thal. opt. und dessen Umgebung zurückführen) und bedauert, dies nicht durch microscopische Untersuchung des Gehirnes und des Rückenmarkes beweisen zu können. Matusch (Sachsenberg).

---

607) **MacDowall:** Congenital mental defect with delusions of suspicion in twins. (Congen. geistiger Defect mit Wahnideen des Argwohnes bei Zwillingen.) (Journ. of mental scince Juli 1884.)

Die Zwillinge deren Portraits der Arbeit beigegeben sind, uneheliche Kinder einer Arbeitshäuslerin zeigten bei gleichem körperlichen Habitus den gleichen Grad von Schwachsinn mit elementaren Verfolgungsideen und Neigung zu Argwohn, Reizbarkeit und gelegentlicher explosiver Gewaltthätigkeit. Viele Züge ihres Characters fanden sich auch bei der Mutter, so der Hang zu sexuellen Excessen. Alle drei waren arbeitsscheue verlogene und brutale Subjecte.

Matusch (Sachsenberg).

---

608) **Willet:** Unerspected recoveries. (Unerwartete Heilung.)
(Journ. of mental science Juli 1884.)

Im ersten Falle hätte die Heilung wohl erwartet werden können. Ein der Demenz verdächtiges Benehmen und Unreinlichkeit machen bei einer sonst typischen Melancholie doch die Prognose nicht hoffnungslos zumal bei kaum einjährigem Bestehen der Psychose. Im zweiten Falle handelt es sich nur um eine Besserung, die bei einem anscheinend Dementen mit der Castration des linken im Inguinalkanal liegenden Hodens zusammenfiel. Matusch (Sachsenberg).

---

609) **Strahan** (Northampton); Acute mania in a boy of thirteen years.
(The Journ. of ment. science Juli 1884.)

Fall von acuter Manie bei einem 13 jährigen erblich belasteten Knaben. Nach 18tägiger Anstaltsbehandlung Genesung.

Matusch (Sachsenberg).

---

610) **T. A. Chapman** (Hereford): An inquiry into the value to be attached to the different recovery rates of different asylums as test of efficiency. (Welchen Werth haben die verschiedenen Heilungsziffern der verschiedenen Asyle als Zeugnisse ihrer Wirksamkeit?)
(The Journ. of ment. scienc Juli 1884.)

Die Einzelheiten der Arbeit sind wesentlich statistischer Natur und entziehen sich einem Referat, Verf. erklärte sich dahin, dass der

Vergleich der Zahl der Heilungen ohne jeden Werth für die Entscheidung der Frage sei, ob grosse oder kleine Anstalten bessere Resultate lieferten. Matusch (Sachsenberg).

---

611) **J. A. Campbell** (London): On escapes, liberty, happiness and „unlocked doors“ as they affect patients in asylums. (Wie beeinflussen Entweichungen, Freiheit, Wohlbefinden und „offne Thüren“ die Kranken in Irrena nstalten?) (Journ. of ment. science Juli 1884.)

Campbell spricht sich in entschiedener Weise gegen das open door-System aus. Wenn Nachweis geliefert werden könne, dass die Heilungen vermehrt, die Selbstmorde und Unfälle vermindert, das Wohlbefinden befördert werde, so wäre es unrecht, das System nicht zu adoptiren. Dies aber sei nicht nachgewiesen.

Matusch (Sachsenberg).

---

612) **v. Krafft-Ebing:** Zwei Fälle von vieljähriger Verkennung geistiger Krankheit (Verfolgungsquerulantenirrsinn) bei Sträflingen. (Jahrbücher f. Psych. 1884 S. 243.)

Der 39jährige T., bereits 1873 wegen Diebstahl bestraft, wurde wegen Brandstiftung zu lebenslänglichem Kerker verurtheilt. Die That wurde als ein Act der Rache angesehen. T. gelte überhaupt für einen rachesüchtigen und streitlustigen Menschen. Bei der Gerichtsverhandlung erklärt er alles für Intrique, Verleumdung nnd Neid, im Gefängniss ist er unermüdlich in der Verfertigung von Eingaben und Promemorias bezüglich seiner Strafsache und in Beschwerden an die Direction. Er erreichte 1882 in der That eine Wiederaufnahme des Verfahrens und erweckte bei der Vernehmung den Verdacht auf Geistesstörung. Das von Krafft-Ebing erstattete Gutachten erklärt den T. für geisteskrank nicht nur zur Zeit der Verhandlung sondern auch zur Zeit der That in Hinsicht auf die Genese der Krankheit, die mit Sicherheit auf einer originäre Anomalie gegründet und seit einer Kopfverletzung im J. 1872 allmälig zu der jetzigen Höhe gediehen ist.

Im zweiten Falle konnte der Beweis, dass der Sträfling M. seit vielen Jahren (ungefähr seit 1874) an Verfolgungs-Querulantenwahnsinn leidet unschwer geführt werden.

Matusch (Sachsenberg.)

---

613) **Breadley Fox** (Oxford): Exaltation in chronic alcoholism. (Grössenwahn bei chron. Alcoh.) (The journ. of ment. science Juli 1884.)

Die Arbeit soll den Nachweis liefern, dass die Aeusserung von Grössenideen eine nicht seltene Erscheinung im Krankheitsbilde des chronischen Alcoholismus ist. Von 18 unter dieser Diagnose in der Anstalt innerhalb von 13 Jahren Aufgenommenen zeigten sie sieben,

deren Krankheitsgeschichten im Auszug angeführt sind, drei weitere trugen grosse Zufriedenheit und Selbstüberschätzung zur Schau. Verf. bespricht die Differentialdiagnose, namentlich die der progr. Paralyse, die Prognose und Therapie. Nach seinen Erfahrungen scheint das Bestehen von Grössenideen die Prognose, von der Anstaltsbehandlung abgesehen, wesentlich zu verschlechtern. Die Therapie ist so gut wie machtlos. Fox schliesst mit den Sätzen, dass die Psychose des chronischen Alcoholismus sehr häufig durch Grössenideen characterisirt sei, dass diese jedoch bei verschiedenen Psychosen auftreten, darum kein zuverlässiges Unterscheidungsmerkmal abgäben; dass sie ferner in einigen Fällen von denen der Paralytiker nicht zu unterscheiden seien, wie auch gelegentlich die psychischen Symptomen beider Krankheiten so ähnlich sind, dass nur die Aetiologie und der Verlauf Aufklärung schaffen. Die Grössenideen seien gewöhnlich fixirt, weil sie in cerebralen Veränderungen, dem Resultate wiederholter Hyperämie, begründet seien. Matusch (Sachsenberg).

---

614) **J. Fritsch** (Wien): Gerichtsärztliches Gutachten. Originärer Schwachsinn. Betrug. Unzurechnungsfähigkeit. (Jahrb. für Psychiatrie Band 5 H. 3.)

Ausführliches Gutachten über einen jungen Hochstapler der unter erdichtetem Namen verschiedene Betrügereien verübt hatte.
Matusch (Sachsenberg).

---

615) **Kraussold** (Bayreuth): Melancholie und Schuld.
(Stuttgart, Enke 1884. pag. 77.)

Verf. plaidirt für genaue Auseinaderhaltung und Unterscheidung zwischen krankhaften, auf Wahnvorstellungen basirenden Selbstvorwürfen der Melancholiker und solchen, welche sich auf objective Thatsachen, auf ein wirkliches berechtigtes Schuldbewusstsein zurückführen lassen, und deducirt daraus die Lehre, dass man die Melancholiker mit Consequenz, Selbstbeherrschung, Wohlwollen und Wahrhaftigkeit behandeln solle. Die logische Begründung dieser Deduction aus dem Vorgetragenen ist uns ebenso unverständlich wie das Unternehmen über diese Grundbegriffe des Anstandes, Tactes und der Bildung die jedem Arzte, nicht nur dem Irrenarzte, eigen sein müssen, ein Buch zu schreiben, das ausserdem durch die ungeheure Masse von philosophischen und dichterischen Citaten nicht einmal einen Zug von Originalität hat. R.

---

616) **Le Grand du Saulle: Examen médico-légal de l'affaire T. Opposition au mariage et instance en interdiction.** (L'Encéphale 1884. Bd. IV. Heft 3.)

Die Verwandten und muthmasslichen Erben eines 48 jähr. Mannes, der in Zeit von 24 Jahren 3 Mal (1860, 1864 und 1883) vorüber-

gehend an Geistesstörung erkrankt war, und dessen Mutter geisteskrank war, widersetzten sich dessen Wunsch, zu heirathen, und beantragten Interdiction. In einem interessanten ausführlichen Gutachten weist L. die Dispositionsfähigkeit des T. nach und wendet sich besonders gegen das Vorgehen des Gerichts erster Instanz; das eine zu grosse Wichtigkeit auf die hereditäre Belastung des T. gelegt hatte. Der Appellhof schloss sich dem Gutachten L.'s an, und T. konnte heirathen. Schoenthal (Grafenberg).

---

617) **Madigan** (New-York): Was Guiteau insane? (War Guiteau geisteskrank? (Alien. & Neurol. 2. u. 3. 1884.)

Verf. kommt in der sehr ausführlichen Abhandlung zu dem Schluss, dass G. ein primär Verrückter gewesen ist.

Koenig (Dalldorf).

---

618) **Russeb** (Winchendon, Massachutts): The borderland of insanity. (Ueber die Grenzen des Irreseins.) (Alien. & Neurol. 3. 1884.)

R. führt einige Fälle an, welche seiner Ansicht nach auf der Grenze zwischen Geistesgesundheit und Geisteskrankheit stehen.

Koenig (Dalldorf).

---

619) **Mann** (New-York): A case of insanity of pubescence, associated with epilepsy occurring in a young lady sixteen years of age. (Ein Fall von Hebephrenie mit Epilepsie bei einem 16jähr. Mädchen.) (Alien. & Neurol. 3. 1884.)

Durch Camph. brom. und Regulirung der Diät, namentlich Ausschliessung der Fleischkost, erzielte Verf. vollständige Heilung.

Koenig (Dalldorf).

---

620) **Dana** (New-York): Folie du doute & Mysophobia. (Alien. & Neurol. 3. 1884.)

Verf. führt zwei einschlägige Fälle an, die geheilt wurden. Folie du doute komme mehr bei Männern, Mysophobie bei Frauen vor; die erste Affection ist nicht chronisch und prognostisch ungünstiger zu beurtheilen. Koenig (Dalldorf).

---

621) **Michel Knittel:** Ueber sporadische psychische Ansteckung. (Inaug. Diss. Strassburg 1884. (unter Prof. Jolly.)

Die sporadische psychische Ansteckung, die folie à deux der Franzosen bedeutet die Hervorrufung einer Psychose auf dem Wege

der Imitation, der Vorstellung bei Individuen, welche mehr oder weniger lange in Berührung mit Geisteskranken kommen. Da nun im gewöhnlichen Leben viele Personen um Geisteskranke beschäftigt sind ohne von diesen im geringsten schädlich beeinflusst zu werden, so sind die Bedingungen festzustellen, unter denen eine solche Ansteckung eintreten kann. Dafür sind zunächst die verschiedenen Formen der Krankheit festzustellen und auseinander zu halten, um für jede einzelne die Entstehungsbedingungen kennen zu lernen. Verf. unterscheidet 2 Arten.

I. Die krankhaften Einbildungen des Geisteskranken werden seiner Umgebung aufgeprägt, ohne dass diese dadurch wirklich geisteskrank wird. Folie imposée von Marandon de Montyel. Eine schroffe Absonderung von der zweiten Form giebt es nicht, da Uebergänge vorkommen. Das Kriterium der Hallucinationen ist nicht haltbar. Erforderlich ist zunächst, dass die Delirien der Kranken die Grenzen des Möglichen und Wahrscheinlichen nicht allzuweit überschreiten, sondern dass der Geisteskranke geistig höher stehe als seine Umgebung; es ist das élément actif, das dem geistig niedriger Stehenden, dem élément passif seinen Wahn aufbürdet. An Stelle dieses geistigen Uebergewichtes kann auch ein moralisches (Eltern, Lehrer und Kinder) oder sociales (Herrschaft und Diener) treten. — Frauen werden mehr befallen als Männer. Hereditäre Anlage bei den Zweiterkrankten steigert die Empfänglichkeit, ist aber für das Entstehen der Krankheit nicht erforderlich. Die Prognose ist gut; die Zweiterkrankung heilt schnell nach der Trennung vom primär Kranken.

Fall I. Bei einem Apotheker entwickelte sich nach Auflösung der Verlobung Verfolgungswahn. Seine Mutter hielt seine Verfolgungsideen für begründet und gerieth in einen ängstlich erregten Zustand, der nach der Trennung vom Sohne bald vorüberging. Der Sohn musste nach einer kurz vorübergehenden Beruhigung später in eine Anstalt gebracht werden.

II. Aechte und ausgesprochene psychische Ansteckung: von einem Geisteskranken ausgehend wird bei einer oder mehreren Personen seiner Umgebung eine wahre Psychose secundär provocirt. Hier giebt es 2 Hauptformen: a) die von Régis als folie simultanée beschriebene, Simultanwahnsinn; b) der eigentliche „communicirte“ Wahnsinn.

Bei dem Simultanwahnsinn stehen gemeinsame Gelegenheitsursachen im Vordergrund, die durch ein intimes Zusammenleben der Betreffenden die gleiche Form der Psychose hervorrufen.

Fall II. Bei 3 ledigen Schwestern, im Alter von 31, 32 und 36 J., die seit Jahren zusammen wohnen bildet sich die Meinung, der einen von ihnen, der hübschesten, werde von einem Herrn nachgestellt. Diesen Herrn, der einmal in einer Wirthschaft in ihrer Nähe gesessen, hatten sie nie gesprochen; doch waren sie fest von der demnächst stattfindenden Verheirathung überzeugt. Die mittlere, sehr lebhafte Schwester unterhielt sich oft Nächte lang mit der jüngsten über die Hochzeit und ihre Zukunft nach derselben. Die Psychose brach zuerst aus bei der jüngsten während der Menstruation. Als nämlich die mittlere von einer Ohnmacht befallen wurde, gerieht die Jüngste in äusserst heftige Auf-

regung, sprach von Vergiftung und Verfolgung aller Art, hielt sich für verhext, wurde aggressiv. Sie wurde am folgenden Morgen (25./1. 1882) der Irrenanstalt übergeben, das Delirium dauerte eine Woche, mehrfach durch stuporöse und cataleptische Zustände unterbrochen. Die Wahnidee von dem Liebhaber und dem Behextsein bestand noch bei ihrer Entlassung am 12. März. Die mittlere musste einen Tag nach der ersten in die Anstalt gebracht werden. Sie hatte die erstere selbst in die Anstalt begleitet und benahm sich dabei ganz vernünftig. Nach Hause zurückgekehrt wurde sie erregt und thätlich gegen die dritte. Als die Polizei kam behaupteten beide, es wären Herren bei ihnen zum Souper man dürfe nicht eindringen. Beide kamen nun zusammen in die Klinik. Die mittlere zeigte die Wahnideen von dem Liebhaber, von Verhextsein, Vergiftung etc. Ungeheilt entlassen. Die dritte, wenig begabte äusserte dieselbe Idee, gewaltthätig. Wurde bald ruhig und einsichtig „sie sei von einem unwiderstehlichen Drang befallen worden, dasselbe zu thun wie ihre Schwester."

Der communicirte Wahnsinn ist am häufigsten beschrieben. Zu seinem Entstehen ist nöthig, dass bei intimem Zusammenleben der Gesunde sich beständig bemüht die Wahnideen des Verrückten zu bekämpfen und schliesslich mit in Wahnsinn verfällt. (Die Umgebung allein dürfte auch schon genügen.) Verf. bringt hierzu 4 Fälle, von denen es sich zweimal um Ehepaare, einmal um Bruder und Schwester, einmal um 2 Schwestern handelt.

Die sehr geschickt geschriebene Arbeit, welche die bisher noch dunkle Frage von dem „inducirten Irresein" hell beleuchtet ist als eine erfreuliche Bereicherung der Literatur anzusehen und zum Studium zu empfehlen. Erlenmeyer.

III. Aus den Vereinen.

Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 18. October 1884. (Le Progrès méd. Nro. 43 1884.)

622) **Déjerine** macht auf die *im Verlauf der Tabes dorsalis vorkommenden Muskellähmungen* aufmerksam. Dieselbe betreffen häufig den Oculomotorius und zuweilen auch nur einen einzelnen Ast derselben. So beobachtete er kürzlich eine Paralyse des Levator palpebrae auf beiden Seiten. Die Autopsie ergab eine vollständige Degeneration des Musculus levator palpebrae sup. und des ihn versorgenden Muskelastes. Die anderen Nervenzweige und die von ihnen innervirten Muskeln waren intact, ebenso der Stamm des Oculomotorius. D. zieht daraus den Schluss, dass bei der Sclerose der hinteren Rückenmarksstränge ebenso beschränkte peripherische Neuritiden der motorischen wie der sensiblen Nerven vorkommen.

Bei dem flüchtigen Charakter, den gerade derartige motorische Paralysen oft zeigen, glaubt Brown-Séquard, dass dieselben nicht immer auf eine Neuritis zurückgeführt werden können. Denselben müssen noch andere, bis jetzt unbekannte Ursachen zu Grunde liegen.

Brown-Séquard hatte früher gezeigt, dass man in gewissen Fällen von spastischer Paraplegie durch Beugung der grossen Zehe die spinale Epilepsie beseitigen und auch den Zustand der Contractur für einige Zeit zum Schwinden bringen kann. Die Flexion des Kniegelenks sollte ähnliche, wenn auch weniger auffallende, Resultate ergeben. Gegenwärtig interessirte ihn die Frage, ob ähnliche Wirkungen auch bei paraplegisch gemachten Thieren zu erzielen seien. Seine diesbezüglichen Experimenten haben ein analoges Verhalten ergeben.

623) **P. Bert** bleibt — im Gegensatz zu der von Brown-Séquard in der letzten Sitzung gemachten Mittheilung — bei seiner Ansicht, dass in der Asphyxie die *Abwesenheit des Sauerstoffs*, und nicht die Gegenwart der Kohlensäure die Convulsionen herbeiführe. Er stellt dabei den Satz auf, das Krämpfe stets eintreten, sobald das Blut nicht mehr als 3 bis 4% Sauerstoff enthalte. Auf das Verhalten der Kohlensäure komme es hierbei gar nicht an. Rabow (Berlin).

IV. Tagesgeschichte.

Herr Dr. Pierson in Dresden, unser verehrter Mitarbeiter hat die Privat-Irrenanstalt des Dr. Lehmann in Pirna käuflich erworben und siedelt mit dem 1. December d. J. dorthin über. Wir freuen uns, dass dem Collegen auf diese Weise Gelegenheit geboten wird, seine psychiatrischen Kenntnisse, deren Grund er bei v. Rieneckker gelegt, und die er später als Assistent in St. Gilgenberg und in Colditz erweiterte, practisch zu verwerthen und sind überzeugt, dass auch seine grosse neuro-pathologische Erfahrungen den ihm anvertrauten Kranken zu Gute kommen werden.

Wir wünschen ihm auf der neuen, aber schwierigen Laufbahn von Herzen Glück und hoffen, dass ihm seine verantwortungsvolle Thätigkeit so viel „Freiheit“ übrig lassen wird dann und wann einmal wieder seine gewandte Feder für unser Centralblatt anzusetzen. Red.

V. Personalien.

Offene Stellen. Jena (Irren-Anst. u. psych. Klinik) erster Assistenzarzt, 1. Januar 1885. 2) Eberswalde bei Berlin (Brandenb. Prov.-Irrren-Anstalt), I. Hilfsarzt 1500 M., fr. Stat. II. Hilfsarzt 1200 M. fr. Stat. Januar 1885. 3) Niethleben bei Halle a./S., Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 4) Merxhausen (Kassel), Pflegeanstalt, Arzt, bald. 1800 M., freie Fam.-Wohn., Heizung; Ausübung von Privatpraxis gestattet.

☞ Der heutigen Nro. ist ein Prospect von Urban & Schwarzenberg in Wien über die II. Aufl. der Real-Encyclopaedie der ges. Heilkunde beigefügt.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

7. Jahrg. **15. Dezember 1884.** **Nro. 24.**

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

II. Referate und Kritiken. Anrep und Cybulsky: Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven. Berger: Pseudobulbärparalyse. Remak: Ueber die gelegentliche Betheiligung der Gesichtsmuskulatur bei der jnvenilen Form der progressiven Muskelatrophie. Lutz: Mittheilung eines Falles von symmetrischer Gangrän Jonquière: Neuer Beitrag zur Kenntniss des phonischen Stimmritzenkrampfes bei Hysterischen. Schech: Die sogenannten Reflexneurosen und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Nase und des Rachens. Schulz: 1. Unilaterale temporale Hemianopsia sinistra, Tumor cerebri. 2. Tabes dorsalis. 3. Paralysis diphtheritica mit Ataxie. 4. Paralysis nerv. peron. dextr. et. sin. rheumatica. 5. Neuritis Plexus brachial. sin. syphilitica. 6. Myelitis dorsalis chronica. 7. Abscess des rechten Kleinhirns und rechtsseitige Parese des n. facialis. Wildermuth: Ueber das Auftreten chronisch epileptischer Zustände nach Scharlach. Freud: Ueber Coca. Girma: Ergotinwirkung bei allgem. fortschr. Paralyse. Ball: Irresein bei Zwillingen. Blanche et Motet: Verfolgungswahn, Mordversuch. Maranda de Montyel: Verurtheilung eines geisteskranken Diebes. Darwin: Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Menschen und den Thieren.

III. Tagesgeschichte. IV. Personalien.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das I. Quartal 1885 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Dieser Nummer liegt Titel mit Register der Originalien und alphabetisch geordnetes Inhaltsverzeichniss bei.

I. Original-Vereinsbericht.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Sitzung vom 14. November 1884.)

624) Prof. **Nothnagel:** stellt vier Fälle seiner Klinik vor.

1. Fall von typischer progressiver Muskelatrophie (Aran-Duchenne).

2. Einen jener Fälle, welche Erb zu einer neuen Krankheitskategorie zusammenfasste und welche früher auch als progressive Muskelatrophie gegolten haben. Bei diesen Kranken ist die Muskulatur der Hand und des Vorderarmes normal, dagegen jene des Oberarmes atrophisch; die Reste des Biceps kontrahiren sich noch ziemlich kräftig. Oberschenkelmuskeln atrophisch, jene des Unterschenkels weniger. Sensibilitätsstörungen sind keine vorhanden. Fett mässig reichlich. Der Gang typisch, wie bei Pseudomuskelhypertrophie. Keine Entartungsreaction.

3. Einen Knaben mit ziemlich gleichem Bilde; Hand und Vorderarmmuskeln gut entwickelt; Oberarm und Schultermuskeln schlecht, Wadenmuskulatur etwas hypertrophisch; die Oberschenkelmuskeln haben noch nicht viel gelitten; der Gang ist derselbe wie beim zweiten Falle.

4. Einen Fall mit bedeutender Atrophie der Hand- und Vorderarmmuskulatur, doch verschiedenen Grades auf beiden Seiten, stärker rechterseits. Oberarme nicht besonders abgemagert, wohl dagegen die Schultern. Cucullaris ist gut. Erhebung des Armes geht schwer vor sich. Brust- und Bauchmuskeln sind funktionsunfähig. Oberschenkel abgemagert. Wade mässig muskulös. Zehen immobil. Wiewohl der Vorderarm abgemagert ist, kann der Kranke immerhin noch verhältnissmässig gut die Finger bewegen. Die Bewegungstörung kann demnach nicht nur in einer Atrophie der Muskulatur, sondern wahrscheinlich auch in einer „nervösen Lähmung“ ihren Grund haben.

Beim 1. und 4. Kranken sind fibrilläre Muskelzuckungen vorhanden, beim 2. und 3. nicht.

Der Vortr. knüpft an die Vorstellung einige Erklärungen. Die Kenntniss der Amyotrophie ist seit Cruveilhier, Duchenne in ein neues Stadium getreten. Ursprünglich meinte man, es handle sich um verschiedene Erkrankungen. Charcot brachte die Amyotrophie in Verbindung mit Erkrankungen des Rückenmarkes; er fand, dass bestimmte Formen der A. mit Erkrankungen der Vorderhörner der grauen Substanz in Verbindung stehen. Charcot zählte dahin die spinale Kinderlähmung, die progressive Muskelatrophie, die Bulbärparalyse, auch die amyotrophische Lateralsklerose. Gegen diese Lehre trat Friedreich auf. Er fasste alle diese Fälle als periphere Veränderungen auf und die Veränderungen der Medulla als sekundär. Seit jener Zeit sind die Meinungen verschieden geändert worden; eine Klärung bestand darin, dass man für gewisse Formen den ursprünglichen spinalen Sitz anerkannte (z. B. spinale Kinder-

lähmung, progressive Muskelatrophie Aran-Duchenne, die subakute spinale Lähmung der Erwachsenen). Daneben sollte es Formen geben, welche trotz ihrer Aehnlichkeit mit den spinalen Amyotrophien peripheren Ursprungs sind, eine Polineuritis diffussa darstellen. Die Kranken magern langsam oder rasch ab bei completer Unbeweglichkeit hochgradiger Atrophie und heftigsten Schmerzen. Diese letzteren bilden den Unterschied von der Aran-Duchenne'schen Form.

In der jüngsten Zeit hat Erb eine Form der progressiven Muskelatrophie unter dem Namen „juvenile" ausgeschieden. Das klinische Bild unterscheidet sich wesentlich von jenem des Aran-Duchenne'schen Typus. Bei diesem beginnt die Atrophie an den Händen und Vorderarmen, wenn anderwärts, so werden letztere sehr bald auch ergriffen, dann schreitet die Affection weiter. Bei der juvenilen Form ist vornehmlich die Muskulatur des Oberarmes und Oberschenkels, der Schulter und des Beckens ergriffen, andere Gegenden sind frei. Fibrilläre Zuckungen sind bei ihr nicht vorhanden, wohl bei der progressiven Atrophie. Bei dieser sind die Muskeln welk, schlaff, bei der juvenilen Form sind sie noch hart, der Deltoideus ist manchmal wie eine Insel noch funktionstüchtig. Bei der juvenilen Form besteht keine Entartungsreaktion, bei der anderen oft. Uebrigens legt der Vortragende in dieser Richtung kein allzugrosses Gewicht auf die elektrische Untersuchung.

Im zweiten vorgestellten Falle fing der Kranke spät an zu laufen, kam seinen Kameraden nicht nach, wurde vom Turnen dispensirt, seine ganze Erinnerung führt darauf zurück, dass er Bewegungsstörungen der unteren Extremitäten gehabt habe. Seine Mutter hat ihm mitgetheilt, er hätte auffällig starke Waden gehabt. Diese sind abgemagert, es wäre somit ein Fall, der sich in der Kindheit als Pseudohypertrophia muscularis präsentirte; und der dritte Fall wird wahrscheinlich nach einer Reihe von Jahren so sein, wie der als zweiter vorgestellte Jüngling. In diese Kategorie gehören wahrscheinlich auch jene Fälle, die Leyden unter der hereditären Atrophie beschrieben hat.

Ausführliche anatomische Befunde liegen von diesen Formen nicht vor. Die juvenile Form wäre zur Pseudohypertrophia muscularis einzureihen, wäre demnach eine periphere Affektion, die beiden Patienten (2. und 3.) hätten demnach ein gesundes Rückenmark.

Bei dem vierten Kranken ist die Systemerkrankung nicht so ausgesprochen wie bei den übrigen drei. Die Erkrankung der beiden Körperseiten ist verschieden, dies ist schon ein Moment, welches sie von den mit strenger Gesetzmässigkeit auftretenden Erkrankungen des Rückenmarks unterscheidet. Ein zweites Moment ist das Missverhältniss zwischen den Bewegungsstörungen und dem Vorhandensein der Muskulatur. Die atrophischen Vorderarmmuskeln bewegen sich noch, die verhältnissmässig noch viel besser erhaltenen Wadenmuskeln rühren die Zehen nicht mehr. Die Bewegungsstörung hängt eben nicht vom Untergang der Muskeln ab, sondern es muss noch eine neuropathische Paralyse vorhanden sein.

Der Kranke hat Pamstigsein der rechten Hand. Ende Februar 1884 hatte er einen Schüttelfrost, Brechreiz, Ermüdung und Formikation traten ein, der Gang wird unsicher, Kraftlosigkeit der beiden Arme, blitzartig durchschiessende Schmerzen treten ein, auch Schmerzen in der Wirbelsäule; der Zustand hat sich rasch entwickelt; wir haben es hier zu thun mit einer amyotrophischen Störung der Muskeln mit Sensibilitätsstörungen und anderen Merkmalen, welche zu den anderen Amyotrophien nicht passen. Es liegt hier eine Myelitis subacuta diffusa vor, welche die verschiedensten Querschnitte und Höhen ergriffen hat, besonders die Vorderhörner der grauen Substanz, weswegen die amyotrophische Störung überwiegt. Es kann also das Bild der Amyotrophie auch bei Myelitis auftreten und sich in den Vordergrund drängen und für progressive Muskelatrophie imponiren.

Prof. Benedikt bemerkt gegenüber dem Vorredner, dass die Aeusserung, „dass solche Fälle, wie sie eben hier vorgestellt wurden noch vor wenigen Jahren mit progressiver Muskelatrophie (Typus Aran-Duchenne) verwechselt wurden", nicht dem Sachverhalte entspräche, indem hier in Wien diese Krankheit bereits seit 20 Jahren mit Sicherheit diagnostizirt würde.

Man braucht nicht zu wissen, wie bei einem solchen Kranken die elektrische Reaktion sei, ob seine Muskeln atrophisch oder hypertrophisch, welche Muskeln speciell gelähmt seien, man braucht nur den Kranken mit seinem charakteristischen „Entengange" auf der Strasse gehen zu sehen und man weiss, um welche Krankheit es sich handelt.

Oder man hört, dass es sich um eine um's 5.—6. Lebensjahr auftretende, von den Unterschenkeln langsam nach aufwärts schreitende Lähmung handle und die Diagnose kann mit der vollsten Sicherheit gemacht werden.

Die sogenannte juvenile Atrophie, wie sie Prof. Nothnagel hier demonstrirt, sei eben nichts als ein Spätstadium der progressiven Pseudohypertrophie der Muskeln und nur eine diagnostische Verirrung konnte Jemanden verführen, aus der Spätform dieser Krankheit eine neue Krankheits-Spezies zu machen. Auch noch im spätesten Stadium wenn für's Auge scheinbar jede Spur von Hypertrophie verschwunden ist, könne übrigens die Tastkunst noch immer die ursprüngliche Hypertrophie in einzeln Muskeln an ihrer Konsistenz erkennen.

Mit der bekannten Duchenne'schen Muskel-Harpune lasse sich überdies der Unterschied immer sicher feststellen.

Bei der Aran'schen Form findet man Fettentartung der Muskelfasern; bei dem atrophischen Stadium der typischen Muskelhypertrophie entweder noch luxurirendes interfibrilläres Fett oder bereits Schwund desselben.

Die Muskelfibrillen befinden sich dabei in den verschiedensten Stadien des einfachen Schwundes. Benedikt bemerkt, dass dieser Fibrillenschwund nach seinen Untersuchungen aus einer serösen Imbibition mit Aufblähung und glasartigem Aussehen der Fibrillen hervorgehe.

Für eine Nichtverwechselung dieser sekündären progressiven Myoatrophien mit der Aran'schen Form sei daher längst vorgesorgt gewesen.

Zuletzt betont Benedikt neuerdings, dass es einseitig sei, der französischen Schule das Verdienst zuzuschreiben, die spinale Natur der eigentlichen progressiven Muskelatrophie (von Aran) zuerst anatomisch nachgewiesen zu haben.

Dies hat Rokitansky schon viel früher mit voller Bestimmtheit gethan.

Zunächst war es Lockhart-Clarke, der „Granulardesintegration" der grauen Substanz des Rückenmarkes als konstanten Befund angab.

Die Untersuchungen von Lockhart-Clarke seien von den Mode-Autoren noch heute nicht erreicht. Lockhart-Clarke's Präparate zeigen die wirkliche anatomischen Vorgänge, die Benedikt später als milliare Entzündungsherde deutete, womit sich Clarke bei einer persönlichen Konferenz in London einverstanden erklärte.

Der französischen Schule kann nur der Satz zugeschrieben werden, dass bei dieser Erkrankung konstant die grossen Zellen der Vorderhörner atrophisch sind. Ob gerade diesem Befunde in dieser Gegend wirklich die ausschliessliche und sichere Bedeutung: Ursache der Myoatrophie zu sein, zukomme, sei übrigens aus triftigen Gründen wieder fraglich geworden. Jedenfalls sind die Präparate der Mode-Anatomen, welche durch Ueberhärtung und die mannigfachen Manipulationen bei der Färbung misshandelt sind, unvergleichlich an Werth den Clarke'schen inferior.

Die Unterscheidung von Paraplegien mit partiellen oder weit verbreiteten Atrophien sei längst Gegenstand der Diskussion von Seite Benedikt's gewesen. Er habe gerade aus diesen Fällen längst betont, dass die Atrophie in diesen Fällen eine intermedullare Komplikation war, wie Kontrakturen oder Anästhesien.

Und gerade aus solchen Fällen habe er vor der Zeit der französischen anatomischen Befunde gefolgert, dass auch die Aran'sche Form durch die isolirte Erkrankung eines Theiles des Rückenmarkes bedingt sein müsse.

Anatomisch gestützt habe er sich auf die Befunde von Rokitanski und Clarke, welche damals unbeachtet geblieben waren.

— r.

II. Referate und Kritiken.

625) **B. v. Anrep** und **N. Cybulski** (St. Petersburg): Zur Physiologie des gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven.
(St. Petersbg. med. Wochenschrift Nro. 20. 1884.)

Es herrschen zur Zeit noch mancherlei Widersprüche in Betreff des Mechanismus der Gefässerweiterung. Die meisten Anhänger zählende Theorie ist diejenige, welche die Vasodilatation durch die Anwesenheit eines in ihnen befindlichen Mechanismus, identisch mit dem Hemmungsapparat im Herzen, erklärt. Zunächst versuchten die

Verff. die Untersuchungen von Nikoljski zu controliren. Derselbe hatte gefunden, dass die Ni. erigentes des Hundes, wie die Vagi durch Atropin gelähmt, durch Muscarin erregt werden. Reizung des betr. Nerven liess bei atropinisirten Hunden die Gefässe des Penis unbeeinflusst. Nicht nur die Eckhard-Nikoljski'sche Methode, welche als ungenau bezeichnet wird, sondern auch der Pletysmograph wurde von den Verf. in Anwendung gezogen (worüber Näheres im Original nachzulesen ist). Sie fanden, dass 0,012 in das Blut eingeführten Atropins nicht nur keine Lähmung, sondern auch keine Abschwächung in der Erregbarkeit der Ni. erigentes hervorbrachten. Die Erectionen traten in derselben Stärke und Dauer wie auch ohne Atropin ein. Wohl aber zeigten die Versuche, dass jedes etwas ansehnlichere Sinken des Blutdrucks sofort das Resultat der Reizung der gefässerweiternden Nerven beeinflusst.

Die Zunge enthält am besten die gefässerweiternden und gefässverengenden Nerven getrennt, indem sie vom N. lingualis die Vasodilatatoren, vom N. hypoglossus die Vasoconstriktoren erhält. Bei Reizung des lingualis trat nach vorhergehender Reizung des Hypoglossus sofort eine Erweiterung der contrahirten Gefässe selbst über die Norm ein und umgekehrt. Beide Nerven bieten, wenn gereizt, trotz der entgegengesetzten Wirkung eine annähernd gleich lange Latenzperiode dar, die Länge der Welle ist die gleiche und das maximum der Wellenhöhe tritt nach einem und demselben Zeitintervalle auf. Die Verf. schliessen aus ihren Versuchen:

1) Es bestehen keinerlei Analogien zwischen den gefässverengenden Nerven und den Vagis hinsichtlich ihres Verhaltens dem Atropin gegenüber.

2) Es besteht ebenfalls keine Analogie zwischen den gefässverengenden Nerven und den Acceleratoren des Herzens, weil die stärkste Reizung dieser nicht im Stande ist, den Effekt einer sehr schwachen Vagusreizung zu überwältigen, während die Reizung der gefässverengenden Nerven mit schwachen und mit starken Strömen den Effekt der Reizung des gefässerweiternden Nerven aufhebt.

3) Eine bestimmte Höhe des Blutdrucks ist, wie es scheint, eine unerlässliche Bedingung zum Zustandekommen einer irgend bemerklichen Erweiterung der Gefässe.

4) Die latente Reizperiode sowohl der gefässerweiternden, als auch der gefässverengernden Nerven der Zunge, sowie die Wellenhöhe bei derselben Anzahl von Induktionsschlägen und das Maximum der Wellenhöhe stehen einander sehr nahe.

5) Folglich bestehen keine wesentliche Verschiedenheiten zwischen diesen beiden Arten von Gefässnerven.

Diese Thatsachen widersprechen der Annahme zweier vollkommen selbstständiger, neuromusculärer Apparate in den Gefässwänden. Mehr Wahrscheinlichkeit schon verleihen sie der Annahme Exner's, welcher eine Contraction der in der Gefässwand befindlichen Längsmuskulatur für die Gefässerweiterung als möglich hinstellt.

Goldstein (Aachen).

626) **O. Berger** (Breslau): Paralysis glosso-labio-pharyngea cerebralis. (Pseudobulbärparalyse.) (Bresl. ärztl. Zeitschrift 1884. Nro. 3. ff.)

Im Jahre 1872 hat Joffroy neben der *bulbären* eine *cerebrale* Form der Paralysis glosso-labio-pharyngea unterschieden, für welche Krankheit Lépine zuerst den anatomischen Nachweis brachte. Zu den wenigen über die sog. Pseudobulbärparalyse veröffentlichten Fällen fügt Verf. 4 neue hinzu, wovon 3 mit Sektionsbefund.

1. (1880 von Hahn in seiner Dissertation veröffentlicht.) Christiane Krause, 77 Jahre alt, früher gesund erlitt im Alter von 75 Jahren plötzlichen Verlust der Sprache. Zunge war vollständig gelähmt, jedoch ohne Atrophie. Erschwerung des Schlingvermögens, Salivation. Normale electrische Erregbarkeit, Reflexerregbarkeit erhalten. Kleine Erweichungsherde im Kopf des linken Streifenhügels und in der Marksubstanz des rechten oberen Scheitelläppchens. Verlängertes Mark intact.

2. Caroline Wyremba, Hebamme, inficirte sich in ihrem Berufe im Jahre 1868, aufgenommen 1876, 53 Jahre alt. Mit 47 Jahren apoplectiformer Verlust des Sprach- und Schlingvermögens. Lähmung der Zunge, der Lippen und des weichen Gaumens. Salivation. Lähmung aller vier Extremitäten, später nur der rechten Körperhälfte. Keine Muskelatrophie. Normale electrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln. Tod nach 11 Jahren. Doppelseitige Erweichung der Basalganglien. Secundäre Degeneration der beiderseitigen Pyramidenbahnen. Oblongata, Bulbus-Nerven intact.

3. Clara Viebig, 67 Jahre alt; im Alter von 61 Jahren apoplectischer Anfall mit transitorischer Hemiplegia sinistra, sechs Jahre später neue Apoplexie, schwere rechtsseitige Hemiplegie mit Geruch- und Schlinglähmung. Lähmung der Zunge, der Lippen und des weichen Gaumens. Endocarditis chronica valvulae mitr. et. Aortae. Doppelseitige Grosshirnherde, secundäre Degeneration der rechtsseitigen Pyramidenbahn. Oblongata intact.

4. Adalbert Kr., 61 Jahre alt, Bademeister, aufgenommen im Februar 1884. Im Jahre 1883 ohne schwere Insulterscheinungen plötzlich auftretende Dysarthrie und Dysphagie. Erst nach 2 Tagen Hemiparesis dextra. Salivation. Auffallende Besserung nach localisirter Faradisation. Etwa 1 Jahr später Anfall von tonischer Körperstarre mit consecutiver Verschlimmerung sowohl der Geruch- und Schlingstörung, als der rechtsseitigen Parese. Lähmung des Orbicularis oris, mit Praevalenz der rechten Seite, der Zungen- und Schlingmuskeln. Schwankendes Verhalten der Glossolabiopharyngeal-Lähmung, kein progressiver Verlauf, keine Atrophie, normale electrische Reaktion der gelähmten Muskeln. —

Die 3 ersten, anatomisch untersuchten Fälle liefern den Beweis, dass der Symptomencomplex der Glossopharyngolabial-Paralyse auch durch doppelseitige Herde der Grosshirnhemisphären zu Stande kommen kann, bei völlig — makroskopisch und mikroskopisch — intaktem Verhalten der Oblongata. In der Literatur über die Pseudobulbärparalyse finden sich 3 Beobachtungen, in welchen die Section trotz der

doppelseitigen Lähmung im Bulbärnervengebiete nur einen *einseitigen* Herd ergab (Magnus, Lépine, Kirchhoff). Auch bei dem oben sub. 4 mitgetheilten Falle ist höchstwahrscheinlich der Herd nur ein linksseitiger. Die Erklärung dafür liegt in dem Umstande, dass die Rinde jeder Hemisphäre mit den Muskeln beider Seiten in Verbindung steht, wie experimentell bewiesen ist. Ferner findet die von Morgagni und Brown-Séquard aufgestelle Hypothese der „gleichseitigen Hemiplegie" eine Stütze durch Flechsig's Nachweis der gekreuzten und ungekreuzten Pyramidenseitenstrangbahnen, die individuell verschieden sind, und ferner in dem Befunde Jänicke's, dass bei einzelnen Menschen statt des dominirenden Einflusses der gekreuzten Hemisphären, ausnahmsweise ein umgekehrtes Verhalten stattfinden kann. Neben den experimentellen Thatsachen ist noch die klinische Erfahrung Pitres heranzuziehen, welcher fand, dass nicht selten bei einseitigen Hirnherden eine secundäre Degeneration beider Pyramidenseitenstrangbahnen gefunden wird, sich also bei einer gewissen Anzahl von Menschen die cortico-muskuläre Leitung von einer Hemisphäre auf beide Seitenstränge erstreckt. Bei genauer Beobachtung findet man, dass auch die nicht gelähmten, scheinbar intakten Extremitäten eine deutliche Kraftverminderung zeigen.

In Betreff der Unterscheidung der centralen Glossopharyngeal-Lähmung von der wahren Bulbärparalyse sei zunächst auf den total verschiedenen Entwicklungsgang und Verlauf der beiden Krankheiten aufmerksam gemacht. Der *wichtigste* klinische Unterschied beruht in dem verschiedenen Verhalten der gelähmten Muskeln. Bei der centralen Form, selbst nach jahrelangem Bestehen keine Atrophie, bei der progressiven Bulbärparalyse ist schon nach kurzer Zeit dieselbe sichtbar. Bei der Duchenne'schen Krankheit sind Anomalien des elektrischen Verhaltens (Entartungsreaction) die Regel, bei der Pseudoparalyse behalten die gelähmten Muskeln ihre normale Erregbarkeit. Auch die Reflexerregbarkeit ist bei letzterer intakt. Die Unterscheidung der cerebralen Bulbärparalyse von den apoplektiformen Bulbärlähmungen, die auf Hämorrhagien in die Oblongata beruhen, bestehen hauptsächlich in den schweren Insulterscheinungen bei letzteren, die meistens schnell zum Tode führen. In den meisten Fällen cerebraler Glossopharyngolabial-Paralysen fanden sich doppelseitige und symmetrische Herde der Basalganglien, besonders des Linsenkernes, zweimal ein einseitiger Herd in der rechten Hemisphäre. In dem Fall von Magnus hämorrhagische Cyste im unteren Theil der Centralwindungen, in dem von Kirchhoff embolischer Erweichungsherd im rechten Corp. striatum. Goldstein (Aachen).

---

627) **E. Remak** (Berlin): Ueber die gelegentliche Betheiligung der Gesichtsmuskulatur bei der juvenilen Form der progressiven Muskelatrophie. (Neurol. Centralbl 1884. Nro. 15.)

Ein 32 Jahre alter Kaufmann, dessen Mutter, eine Schwester und ein 34 jähriger Bruder seit ihrer Jugend an derselben Affektion litten, datirte sein Leiden seit seiner Kindheit. Dasselbe hatte sich

schleichend und schmerzlos entwickelt. In den Schulter- und Armmuskeln soll die Krankheit begonnen, dann allmälich das Antlitz ergriffen haben. Die Abmagerung im linken Oberschenkel soll erst seit kurzer Zeit bestehen. Die Untersuchung zeigte Lagophthalmos duplex mit leichtem paralytischen Ectropium. Es besteht eine nahezu absolute doppelseitige Facialislähmung. Zunge ist nicht atrophisch, Beweglichkeit des Gaumensegels ist normal, Sprache intact. Niemals waren Störungen der Mastication und Deglutition wahrzunehmen. Es bestand hochgradige Atrophie der Schulter- und Oberarmmuskeln, die Deltoidei sind abgeflacht, Biceps und Brachialis internus sehr geschwunden, an den Vorderarmen fehlt Supinator longus. Linker Oberschenkel atrophisch. Nirgends fibrilläre Zuckungen. Die elektrische Untersuchung ergiebt Erregbarkeit des N. facialis beiderseits nur in den Aesten für die Mm. retrahens und attolens auriculae für beide Stromesarten erhalten, in allen übrigen von ihm versorgten Muskeln war die direkte wie indirekte Erregbarkeit erloschen. Sternocleidomastoideus und levator scapulae sind leidlich, Cucullarisast des Accessorius wenig erregbar, Reaktion der Deltoidei für beide Stromesarten herabgesetzt, fehlt völlig am Triceps, Biceps, Brachialis internus, Supinator longus. Ueberall besteht Parallelismus der faradischen und galvanischen Erregbarkeit, nirgends Entartungsreaction.

Goldstein (Aachen).

---

628) **Alban Lutz** (München): Mittheilung eines Falles von symmetrischer Gangrän. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 24. 1884.)

P. R., Badeanstaltsbesitzer, früher Bierbrauer, kam am 29. October 1883 in des Verf.'s Behandlung. Pat., 44 Jahre alt, trank früher viel Bier, wurde im 26. Lebensjahre fett, bekam dann öfter Schwindel und Kopfschmerzen. Im Mai 1883 bemerkte er am Handrücken rechts, rothe, schnell wieder vergehende Flecken, auch löste sich hier und da die Oberhaut ohne Hinterlassung von Narben in dünnen Blättchen ab. Mattigkeit in den Füssen, Schlafsucht. Dann entwickelten sich an derselben Hand am äusseren Rande der Dorsalfläche der ersten Phalanx des Zeigefingers, nach 2—3 Tagen am kleinen Finger, aus einem rothen Knötchen in 24—36 Stunden blaurothe Blasen, welche borsten und einen dunkelblauschwarzen, aufgelockerten Grund zeigten. Tiefe, schwarze Schorfe. Dunkelgefärbte Narben. Nach 5 Tagen entwickelte sich eine ähnliche Blase am Ringfinger der linken Hand. Ende October 1883 Recidive. Die Krankheit verlief in 2 Paroxysmen. Die vasomotorische Störung zeigte sich als Rubor von kurzer Dauer — alle Erscheinungen von Gefässkrampf fehlten. Complicationen waren keine vorhanden, wohl aber waren die gangränösen Erscheinungen im höchsten Grade symmetrisch. Verf. nimmt an, dass der Brand durch Störung oder Aufhebung eines specifisch-trophischen Nerveneinflusses vom Centrum aus zu Stande gekommen sei.

Goldstein (Aachen).

---

629) **Georg Jonquière** (Bern): Neuer Beitrag zur Kenntniss des phonischen Stimmritzenkrampfes bei Hysterischen.
(Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. Nro. 7. 1884.)

Lisette Toni, 32 Jahre alte Dienstmagd, war schon vor 4 Jahren plötzlich stimmlos geworden und 1 Jahr in diesem Zustande geblieben. Als sie der Verf. sah, war sie wieder seit 7 Monaten aphonisch. Vater und Schwester starben an Phthise, ein Bruder ist epileptisch. Sprechen, Husten, Lachen sind tonlos, ersteres macht ihr Schmerzen und das Gefühl von Würgen und Zusammenziehen im Halse. Athmung normal. Retroversio uteri, fluor, rechte Wanderniere. Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel zeigt im Wesentlichen eine zu starke gegenseitige Annäherung der Stimm- und Taschenbänder, welche beim Phoniren eintritt. Die Stimmbänder können nicht genügend schwingen, um einen Ton zu erzeugen. Die Athmung ist nie durch Spasmen gestört. Sämmtliche Stimmbandadduktoren sind bei dem functionellen Krampf betheiligt, vielleicht mit Ausnahme des Transversus. Die ausgeprägten Störungen der sexuellen Sphäre, die Unregelmässigkeit und Schmerzhaftigkeit der Periode sowie die Lageveränderung der Gebärmutter liessen Verf. als Grundlage des Leidens Hysterie annehmen. Druck auf die Ovarialgegend hatte dann auch, wie in einem früher von Ref. mitgetheilten Falle, den erwünschten Erfolg, d. h. die Pat. bekam ihre Sprache wieder. Für 8 Tage wenigstens. Dann trat wieder Stimmlosigkeit auf, in welcher Verf. den Druck auf andere Körperstellen versuchte und durch längeren Druck im Epigastrium die gesuchte Wirkung erzielte. Faradisation des Kehlkopfes blieb ohne Erfolg, die centrale Galvanisation wirkte hingegen sofort. Goldstein (Aachen).

---

630) **Ph. Schech** (München): Die sogenannten Reflexneurosen und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Nase und des Rachens.
(Bayr. ärztl. Intelligenzbl. Nro. 30, 1884.)

Verf. operirte in den letzten 2 Jahren 52 Personen an Nasenpolypen und fand unter diesen 8 mal ausgesprochenes Asthma. Auffallend ist, dass die Kranken mit völliger Nasenobstruction frei von Asthma blieben und jene ergriffen wurden, welche mit kleinen das Lumen der Nase nicht oder nur wenig beeinträchtigenden Schleimpolypen belastet waren. Mit Hack nimmt Verf. an, dass die Auslösung der Reflexe hauptsächlich durch das Schwellgewebe der unteren Muschel hervorgerufen wird. Das überwiegende Auftreten des Asthma Nachts resp. im Schlafe erklärt Verf. durach plötzliche Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure. Auf letzterem beruhen auch all' die Erscheinungen, die man als Alpdrücken bezeichnet. Tritt die Schwellung des Gewebes der unteren Muscheln im Schlafe ein, dann ist aber bei geschlossenem Munde die Sauerstoffzufuhr eine ungenügende. Kranke mit völliger Nasenobstruction, welche beständig durch den Mund athmen, kommen desshalb auch niemals in Gefahr, sich selbst im Schlafe mit Kohlensäure zu vergiften und bleiben vom Asthma verschont. Bei den im wachen Zustande auftretenden Anfällen müssen directe Reize, welche

von den sensibeln Trigeminus- oder den Olfactoriusfasern auf das Gebiet des Vagus überspringen, supponirt werden. Das Asthma selbst hält Verf. für einen Krampf der Bronchien. — Bei Hypertrophie der mittleren Muscheln fand Verf. häufig Migräne; ferner kamen secretorische Reflexneurosen, profuse Secretion der Nasenschleimhaut mit heftigen Niesanfälle combinirt, sowie Thränenträufeln häufiger, einmal Ptyalismus in Folge von Polypen zur Beobachtung. Auch der Heuschnupfen mit oder ohne Asthma ist eine von der Nase ausgehende Reflexneurose. Während Verf. noch nie epileptische Anfälle als Folge von Nasenschwellungen sah, musste er das Auftreten von gewissen Zwangsvorstellungen bei einem Collegen, der an schleimig-eitrigen Nasenausfluss litt, als durch letzteres bedingt annehmen. Die glänzenden Erfolge, die Hack nach Ueberstreichen der geschwollenen Muscheln mit dem Galvanokauter beschreibt, weisst Verf. nicht auf, wenn er auch von einer Anzahl Heilungen berichtet. Das Asthma liefert die ungünstigte Prognose. Goldstein (Aachen).

---

631) **R. Schulz** (Braunschweig): Mittheilungen aus der medicinischen Abtheilung des herzoglichen Krankenhauses zu Braunschweig 1883. (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. XXXV. Bd. cf. dies. Centralbl. pag. 425. 1884.)

1. *Unilaterale temporale Hemianopsia sinistra, Tumor cerebri.*

Den drei von Mauthner, Coursserant, Wilbrand mitgetheilten Fällen von einseitiger temporaler Hemianopsie fügt Verf. noch einen vierten hinzu. Eine 49jährige Patientin bekam vor $1^1/_2$ Jahren plötzlich eine Sehstörung auf dem linken Auge. Vor 12 Wochen Schmerzen im rechten Arm, Kriebeln und Eingeschlafensein der 3 letzten Finger. Schmerzen verloren sich, es blieb lähmungsartige Schwäche im rechten Arm zurück. Seit 14 Tagen kam diese Schwäche auch in die unteren Extremitäten und in den linken Arm.

Die Untersuchung ergab vollkommenen Defekt der temporalen linken Gesichtshälfte, ophthalmoscopisch normalen Befund. Rechtes Auge war normal. Sämmtliche Hirnnerven ohne Störung, taumelnder Gang, öfters Schwindel, bisweilen Kopfschmerz nie Erbrechen. Schlafsucht, kindisches Wesen. Parästhesien in den Füssen und Händen, Sensibilitätsherabsetzung der 3 letzten Finger der rechten Hand. Parese der Beine, rechts stärker. Parese des rechten Arms. Erhöhte Sehnenreflexe.

Alles spricht für einen basalen Tumor, wobei sich das plötzliche Auftreten der Sehstörungen durch die Annahme eines weichen Glioms erklären liesse, in dem ab und zu hämorrhagische Ergüsse aufzutreten pflegen. Der Tumor hat muthmasslich seinen Sitz am hinteren Winkel des Chiasma, drückend auf die inneren Fasern des rechten Tract. optic., ausgehend vom Hirnanhang und der Glandula pituitaria. Zur Erklärung sämmtlicher Erscheinungen muss man annehmen, dass derselbe hinüberreiche zum linken Grosshirnschenkel, diesen comprimirend und auch einen leichten Druck auf den rechten Grosshirnschenkel und die rechte Seite des Pons ausübend. Dann wäre die stärkere Parese der rechten Extremitäten mit den erhöhten

Sehnenreflexen und die leichtere der linken Extremitäten ungezwungen erklärt. Auffallend nur ist, dass die nervi oculomotorii nicht miterkrankt sind. 4 Wochen nachdem Patientin entlassen war, fand sich bei erneuter Untersuchung das normale Gesichtsfeld des rechten Auges genau bis zur Mittellinie ausgefallen, es bestand aber jetzt homogene Hemianopsia lateralis sinistra, bewirkt durch Compression des ganzen rechten Tract. opticus. Die Diagnose auf einen langsam wachsenden Tumor im hinteren Winkel des Chiasma scheint dadurch zur Gewissheit geworden.

2. *Tabes dorsalis.*

Ein 38 Jahre alter Gärtner hatte 1874 Ulcus molle. 1879 Kopfschmerzen, lähmungsartige Schwäche im linken Bein, leichte Sensibilitätsstörung in demselben. Patellarreflex links gesteigert. Ptosis des rechten oberen Augenlids, rechtsseitige Abducenslähmung. Diagnose: Gumma der rechten Ponshälfte. Besserung auf Jodkali und const. Strom. Juli 1883 wieder Kopfschmerzen und um den Thorax herumstrahlende Rückenschmerzen, Gang wurde unsicher. Am 20. Juli hochgradige Ataxie der Beine mit herabgesetzter Sensibilität, aufgehobenen Patellarreflexen. Muskelkraft in beiden Beinen hochgradig herabgesetzt.

Mässige Retentio urinae. Besserung unter Gebrauch von Kal. Jod. und Einspritzungen von 0,01 Sublimat einen Tag um den anderen. Einen Zusammenhang der anfänglich diagnosticirten Ponsaffection, auf ein Gumma zurückgeführt, mit der späteren Rückenmarksaffektion scheint nicht vorzuliegen. Verf. glaubt, der Fall spräche zu Gunsten der Erb'schen Auffassung der Aetiologie der Tabes.

3. *Paralysis diphtheritica mit Ataxie.*

Ein 12jähriges Mädchen überstand Anfang Juli 1883 eine dreiwöchentliche schwere Diphtheritis. Nachher Schwierigkeit beim Sprechen und Schlucken. Lähmungsartige Schwäche in den Beinen.

Im August fand Verf. das Gaumensegel sich beim Phoniren kaum hebend. Uvula steht etwas nach rechts. Leichte Parästhesien in den Händen. Andeutung von Ataxie. Gang schleudernd und taumelnd. Starkes Schwanken beim Stehen und geschlossenen Augen. Muskelkraft der Beine sehr herabgesetzt. Patellarreflexe aufgehoben. Elektrische Untersuchung ergibt Herabsetzung der Erregbarkeit an beiden Beinen, aber keine qualitative Veränderung.

Die Therapie, Chinin, Syrup. Ferr. und Galvanisation des Rückens labil, und quer durch die proc. mastoid. war von gutem Erfolg. Jedoch waren nach 27 Sitzungen die Patellarreflexe noch nicht zurückgekehrt.

4. *Paralysis nervi peronei dextr. et. sin. rheumatica.*

Ein blühendes Bauernmädel von 17 Jahren erkrankte Weihnachten 1882, nachdem sie in einem Haufen Eis gestanden, Aufnahme den 19. Mai 1883. Hebt die Beine hoch, um nicht mit den Fussspitzen hängen zu bleiben; Fussspitzen hängen schlaff nach unten. Beine etwas abgemagert. Patellarreflex rechts gut, links aufgehoben. Achillessehnenreflexe beiderseits fehlend. Oedematöse Schwellung am

l. Knöchel. Linker Fussrücken wärmer als rechter. Electr. Untersuchung ergibt keine quantitative Veränderung, aber Herabsetzung der Erregbarkeit, links mehr als rechts. Es handelt sich um eine rheumatische periphere beiderseitige Peroneuslähmung mit vasomotorischer Störung besonders links. Galvanisation mit der Ka labil bringt nach 3 monatl. Aufenthalte völlige Heilung.

5. *Neuritis Plexus brachialis sin. syphilitica.*

August M., 31 Jahre alt, seit 18. Juni 1883 wegen Handgelenksentzündung in Behandlung. Viel Schmerzen im l. Arm, Gefühl von Kriebeln in den Fingerspitzen. Linke Hand, Arm und Schulter etwas atrophisch. Hand kann kaum gehoben werden, Muskelkraft sehr herabgesetzt. Plex. brachial., n. accessorius und ulnaris druckempfindlich. Besserung bei täglicher Galvanisation mit Ka labil auf den grossen Nervenstämmen des Armes, Anode auf den Plex. brachialis, völlige Heilung jedoch erst nach Sublimatinjectionen (25). Beim Galvanisiren hatte sich roseolaartiges Exanthem gezeigt. Infection in Abrede gestellt.

6. *Myelitis dorsalis chronica.*

Die 22 jährige Arbeiterin Marie B. hatte vor 15 Wochen Abortus. Nach 4 Wochen ging sie wieder zur Arbeit, nach 8 Tagen Rückenschmerzen, rechtes und linkes Bein wurden lahm. Vor wenigen Tagen plötzlich Blasenlähmung, Decubitus. Aufnahme den 27. Juli 1883. Temp. 38,4° C.

Status: Beide Beine gelähmt, an den Knöcheln Oedem. Parästhesien, Sensibilität herabgesetzt, Patellarreflexe anscheinend fehlend. Brandiger Decubitus auf Kreuzbein. Totale Blasen- und Mastdarmlähmung. Profuse Durchfälle. 2. August Dorsalclonus des r. Fusses, Patellarreflexe beiderseits gesteigert. Plantarreflexe lebhaft. Electr. Erregbarkeit hochgradig herabgesetzt. Fortwährende Diarrhoe, hohes Fieber. Tod am 6. Septbr. *Section* ergab rechtsseitige hypostatische Pneumonie. Fettleber. Myelitische Degeneration (nach Härtung in Müller'scher Lösung) fast über den ganzen Querschnitt des mittleren Brustmarks. Im Lendenmark Seitenstränge an typischer Stelle degenerirt. Secundäre Degeneration in den Goll'schen Strängen und an der Peripherie der Seitenstränge in der Zone der Kleinhirnseitenstrangbahnen. Microscopische Untersuchung ergab den gewöhnlichen Befund der secundären Degeneration.

7. *Abscess des rechten Kleinhirns und rechtsseitige Parese des n. facialis.*

Schuhmacher B. 24 Jahre alt, nie Gonnorhoe, nie Lues. Vor 10 Jahren Geschwür im r. Ohr mit Ohrenfluss, seitdem schwerhörig. Bis vor 3 Wocheu gesund. Status den 28. Septbr. 1883. T. 38,2° C. Ganze rechte Gesichtshälfte paretisch. Klagen über Ziehen im Kopf, zeitweise Schwindel. Stehen mit geschlossenen Augen gut, Gehen etwas schwankend. Reflexe von der Conjunctiva bulbi auf dem l. Auge aufgehoben. Keine Gaumensegelparese, keine Geschmacksalteration. Sensibilität des Gesichtes intact. Patellarreflexe normal. Linker Nebenhoden verdickt, am Scrotum Fistel, aus welcher rahmiger Eiter

entleert wird; in demselben keine Tuberkelbacillen nachweisbar. Electr. Untersuchung der rechten Gesichtshälfte ergibt normale Erregbarkeit für beide Stromesarten. Fortwährendes Fieber, stärkeres Zucken und Schmerzen im Kopfe bei sehr verlangsamtem Puls (54 Schläge) mässiger Lagophthalmus. Abnahme der Kräfte. Erbrechen, Ohrenfluss. Unter Koma Tod den 22. Oktober.

Section der Schädelhöhle: Rechte Gesichtshälfte gelähmt. Im rechten Ohre stark riechendes, eingetrocknetes Secret. Dura mater sehr gespannt. Gehirn stark vorgetrieben, Pia stellenweise getrübt. Seitenventrikel erweitert, mit Flüssigkeit gefüllt. Aus der rechten Kleinhirnhälfte entleert sich aus einer kleinen Oeffnung, dem Felsenbein in der Nähe des Porus acusticus anliegend, zähflüssiger Eiter, $1^1/_2$ Esslöffel voll. Hier findet sich wallnussgrosse Abscesshöhle. Im Uebrigen ist Cerebellum intact. Umgebung des rechten Porus milchfarbig. Microscop. Untersuchung des Abscesseiters zeigt keine Tuberkelbacillen; im Nebenhoden wurden wenig Bacillen nachgewiesen.

Die Facialisparese war eine Folge des Durchbruchs des Kleinhirnabscesses in den Por. acust. int. Letzterer hatte jedenfalls schon lange Zeit symptomlos bestanden und erst in letzter Zeit heftigen Kopfschmerz, taumelnden Gang und Pulsverlangsamung bewirkt.

Goldstein (Aachen).

---

632) **Wildermuth** (Stetten): Ueber das Auftreten chronisch epileptischer Zustände nach Scharlach. (Württemb. medic. Corr.-Bl. 1884. 35. 36.)

Verf. theilt 12 Krankengeschichten mit, die das Auftreten von chron. Epilepsie nach Scharlach illustriren. Es handelt sich ausschliesslich um Kinder unter 10 Jahren. Die Scarlatina war in allen Fällen eine schwere, meist mit Cerebralerscheinungen verbunden. Erblichkeit war in 4 von diesen 12 Fällen nachweisbar. Die Epilepsie, anfangs in unmittelbarem Anschluss an den Scharlach als petit mal auftretend wurde nach und nach schwerer, typische Attaquen zeigend. Verf. sucht zu ermitteln welcher Factor zwischen Scharlach und Epilepsie vermittelt habe. Zwei Fälle kamen zur Section uud zeigten Meningitis der Convexität mit mässigem chron. Hydrocephalus. Diesen Zusammenhang nimmt Verf. für 6 seiner Fälle in Anspruch. Bei dem Fall 12 trat die Epilepsie erst nach längerer Pause auf, die aber keineswegs frei war von nervösen Erscheinungen; es lagen hier vor choreatische resp. athetotische Erscheinungen, ausserdem verschwommene Opticus-Papillen. Daraus schliesst Verf. auf eine palpable Affection des Schädelinhaltes. In Fall 10 handelte es sich um Hirnhaemorrhagie die nach schwerer Nephritis scarlatinosa entstand und zur Atrophie der linken Hemisphäre mit secundärer Degeneration der zugehörigen Pyramidenbahnen führte. Fall 11 ergab bei der Section unter Anderem die Umwandlung der rechten Hemisphäre in eine grosse dünnwandige Höhle. Bei den letzten 3 Fällen war Albuminurie mit Hydrops vorgekommen; 2 davon hatten während des Hydrops eklamptische Anfälle (Urämie), einer schon vorher rechtsseitige Convulsionen.

Bei allen dreien dürfte meningitisch-hydrocephalische Processe die Hauptrolle spielen.

Zum Schluss führt Verf. noch 2 Fälle an, bei denen eine zur E. disponirende Hirnaffection schon vorher bestand, die aber durch Scharlach eine Verschlimmerung erfuhr. Erlenmeyer.

---

633) **Sigm. Freud** (Wien): Ueber Coca. (Centralbl. für die ges. Therapie 1884. VII. Heft.)

Aus dem recht interessanten und belehrenden Artikel, welcher hoffentlich nicht verfehlen wird, die Aufmerksamkeit auf dieses noch zu wenig gewürdigte Mittel zu ziehen, heben wir nur das für das Nervensystem Wichtige hervor. Die Versuche an Thieren sind eingehend von v. Anrep angestellt worden und nach diesem Autor wirkt Cocain nach kurzer Erregung lähmend auf Frösche, indem zuerst die sensibeln Nervenendigungen, dann die sensibeln Nerven selbst beeinträchtigt werden, die Athmung zuerst beschleunigt, dann zum Stillstand gebracht wird, die Herzthätigkeit verlangsamt wird, bis schliesslich diastolischer Stillstand eintritt. Bei den Warmblütern äusserte sich die Wirkung des Cocains bis zu hohen Dosen in lebhafter Erregung der Psyche und der Hirncentren für willkürliche Bewegung. Zum Bilde des Cocainrausches gehören Athemfrequenzzunahme, grosse Pulsbeschleunigung durch frühzeitige Lähmung des n. vagi, Pupillenerweiterung, Beschleunigung der Darmbewegungen, hohes Ansteigen des Blutdrucks und Verminderung der Secretionen. Die quergestreifte Muskelsubstanz bleibt auch bei den durch Lähmung des Athemcentrums zum Tode führenden Dosen intact.

Um über die Einwirkung des Mittels bei Gesunden Genaueres zu erfahren, nahm Freud selbst 0,05 Grm. Cocain muriat. in 1% iger wässriger Lösung. Wenige Minuten nach der Einnahme stellt sich eine plötzliche Aufheiterung und ein Gefühl von Leichtigkeit ein. Die später erfolgende eigentliche Cocaineuphorie wurde eingeleitet durch wiederholtes, kühlendes Aufstossen. Die Euphorie unterscheidet sich in nichts von der normalen Euphorie des gesunden Menschen. Die Cocainstimmung scheint nicht so sehr durch direkte Erregung, als durch den Wegfall deprimirender Elemente des Gemeingefühls hervorgebracht zu sein. Während dieses Zustandes tritt die wunderbare stimulirende Wirkung der Coca hervor: Ohne Ermüdung wird intensive geistige oder körperliche Arbeit verrichtet, Nahrungs- und Schlafbedürfniss sind aufgehoben. Man kann reichlich essen, aber man ist der Mahlzeit nicht benöthigt, man kann einschlafen, aber ohne Beschwerden den Schlaf umgehen. In den ersten Stunden der Cocawirkung kann man nicht einschlafen, aber diese Schlaflosigkeit hat nichts Peinliches. Verf. hat an sich selbst und an anderen diese Wirkungen häufig beobachtet. Die Wirkung des Cocains auf die Europäer scheint also dieselbe zu sein wie diejenige der Cocablätter auf die Indianer Südamerika's, von welcher in Reisebeschreibungen Wunderbares berichtet wird. Die Wirkung mässiger Dosen klingt ganz allmälig ab, hält sogar über 24 Stunden an; ein Zustand

von Ermattung oder anderweitiger Depression folgt nicht und auch bei längerem Gebrauch findet eine Störung des Organismus nicht statt. Die Wirkung grosser Dosen prüfte Mantegazza an der eigenen Person und gerieth in Analogie mit den Thierversuchen von v. Anrep's in einen Zustand von enorm erhöhtem, glücklichem Lebensgefühle mit Neigung zur völligen Unbeweglichkeit, zweitweise durch den heftigsten Bewegungsdrang unterbrochen. Bei weiterer Steigerung der Dosis traten erhöhte Körpertemperatur, gestörte Sprache und Schrift, Hallucinationen mit schreckhaftem und heiterem Inhalt auf.

Therapeutisch ist zunächst der Werth der Coca als Stimulans hervorzuheben, sie ist in dieser Beziehung kräftiger und unschädlicher als der Alkohol. Aschenbrandt's jüngst mitgetheilte Erfahrungen über marode gewordene baierische Soldaten, die nach Cocagaben Uebungen und Märsche wieder zu ertragen im Stande waren, dürften nicht verfehlen, die Aufmerksamkeit der Heeresleitungen auf die Coca zu lenken. Eine Anhäufung des Cocains im Körper scheint nicht stattzufinden. Die Empfehlungen des Coca gegen Hysterie, Hypochondrie, melancholische Hemmung, Stupor und dergl. bedürfen noch eingehender Untersuchung. Bei organischen Veränderungen und Entzündungszuständen im Nervensystem ist Coca nach Mantegazza nutzlos, mitunter sogar gefährlich. Die günstige Wirkung bei gestörter Magenverdauung hier umgehend, bemerken wir nur, dass sie sehr gute Dienste bei nervösen Magenstörungen thun soll. Die Wirkung, den Morphiumhunger bei Morphinisten zu unterdrücken, ist häufig angegeben und auch Verf. erzählt von derartigen Fällen, ja er batrachtet die Coca direkt als Antagonisten des Morphiums und glaubt, dass sie im Stande sei, die Morphiumentziehung ohne wesentliche Beschwerde zu vollziehen. Auch zur Unterdrückung des Alkoholismus ist die Coca empfohlen. Die Beobachtungen betreffs der günstigen Einwirkung auf einige Vagusneurosen bedürfen noch weiterer Bestätigung.

Goldstein (Aachen).

---

634) **Girma** (Asile de Pau): Des effets physiologiques et therapeutiques de l'ergotine dans les troubles congestifs de la paralysie générale. (Ergotinwirkung bei allgemeiner fortschreitender Paralyse.)

(L'Encéphale 1884. Bd. IV. Heft 2. S. 160.)

Ausgehend von der wichtigen Rolle, die die Congestionen im Verlauf der Paralyse spielen, studirte G. den Nutzen der gefässverengernden Wirkung des Ergotin's bei derselben, namentlich im Beginn und zur Zeit intercurrenter Congestionszustände. Die Versuche sind z. Thl. recht ermuthigend: in Dosen von 2,0—6,0 pro die bekämpft E. mit Erfolg die cerebrale Hyperämie und ihre Folgezustände, als heftige Erregung und Schlaflosigkeit, ist also ein ganz wirksames Sedativum und auch ein Prophylacticum gegen apoplectiforme bezw. epileptiforme Anfälle; im Initialstadium der Paralyse angewandt, scheint es das Fortschreiten des Processes zu hindern und gewährt vielleicht Aussicht auf Heilung. 2,0—4,0 (Extract. Bonjean) täglich können gefahrlos mehrere Monate hindurch gegeben werden, sollen

sogar vortheilhaft auf die Verdauungsorgane der Paralytiker einwirken. (Das E. ist durchaus nicht, wie G. in seiner Arbeit behauptet, damit zum ersten Male in der Therapie der Psychosen eingeführt, sondern bereits sehr vielfach empfohlen; u. A. van Andel: Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXII, Krafft-Ebing: Lehrb. I. S. 292, Schüle: Handb. S. 646, Kiernan: dieses Centralblatt 1881, Nro. 9, Rogers: ibid. 1882, Nro. 12 u. m. A. Ref.)

Schoenthal (Grafenberg).

---

635) **Ball:** De la folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux. (Irresein bei Zwillingen.) (L'Encéphale 1884. Bd. IV. Heft 4.)

Zwei Zwillingsschwestern im Alter von 29 Jahren erkrankten (nachdem allerdings auf beide dieselbe ätiologische Schädlichkeit — Nachtwachen am Krankenbett des Mannes resp. Bruders — eingewirkt hatte) 4 Tage hintereinander an Tobsucht und boten während des Verlaufs der Krankheit viel gleiche Symptome in Bezug auf den Inhalt der Wahnvorstellungen, der Hallucinationen u. s. w. An diesen Fall reiht B. noch die Aufzählung mehrer anderer in der Literatur niedergelegter Fälle (Moreau, Savage u. s. w.).

Schoenthal (Grafenberg).

---

636) **Blanche et Motet:** Délire de persécutions; tentative de meurtre. (Verfolgungswahn, Mordversuch.) (L'Encéphale 1884. Bd. IV. Heft 4.)

Gerichtliches Gutachten über einen Fall von Verfolgungswahn auf Grund von Parästhesien, Paralgien und Hallucinationen. Interessant ist, wie willenlos der Kranke den Stimmen und ihren „Aufträgen" — auf einen ihm gänzlich unbekannten Mann auf der Strasse zu schiessen, später ebenso dem Befehl, sich der Polizei zu stellen — gehorcht; er ist nach seiner Angabe ja gar nicht Schuld an dem Begangenen, sondern seine Verfolger, die ihn „beherrschen" und seinen Willen lenken.

Schoenthal (Grafenberg).

---

637) **Marandon de Montyel:** Affaire J. S. Condamnation d'un accusé de vols qualifiés bien que reconnu aliéné et par conséquent irresponsable. (L'Encéphale 1884. Bd. IV. Heft 2.)

Ein nachweislich an epileptoiden Krisen leidender Mensch, der offenbar zur Zeit einer solchen vielfache Diebstähle beging, wurde trotz des Gutachtens, das auf Geisteskrankheit und Unzurechnungsfähigkeit lautete, von den Geschworenen verurtheilt, „weil sie den Menschen nicht nach Hause schicken wollten, der durch seine Diebstähle der Schrecken der Bevölkerung war!" M. nimmt Gelegenheit auf die Lücke im Gesetze — auch in dem neuen französischen noch zur Berathung stehenden Entwurf einer Irrengesetzgebung — hinzuweisen, die die Jury vor die Alternative stellt, entweder einen notorisch für seine Handlungen nicht verantwortlichen Menschen zu verurtheilen, oder ein der Gesellschaft oft höchst gefährliches Individuum in Freiheit zu setzen, bis die *administrative Instanz* seine Unterbringung in einem Asyl angeordnet hat: *die gerichtliche Instanz*,

die einen Angeklagten wegen Geisteskrankheit freispricht, muss das Recht haben, die Unterbringung des Inculpaten in einer Anstalt *in ihrem Urtheil* anordnen zu dürfen.

Schoenthal (Grafenberg).

638) **Darwin:** Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei dem Menschen und den Thieren. Uebersetzt von Victor Carus. IV. Auflage. (Stuttgart, Schweizerbarth, 1884, 330 Seiten. M. 10.)

Das für den Psychiater wichtige Buch ist in neuer Auflage soeben erschienen. Ueber seinen Inhalt zu referiren müssen wir uns aus allen Gründen versagen, wir empfehlen es aber zum Studium auf das Angelegentlichste. Erlenmeyer.

III. Tagesgeschichte.

Aus Halle. Seitdem Prof. Hitzig zu Ostern 1879 als Director der provincialständ. Irrenanstalt zu Nietleben und als Professor der Psychiatrie hierher berufen war hat er mit allen Kräften dahin gestrebt die Errichtung einer Universitäts-Irrenklinik durchzusetzen. Wenn er dieses Ziel jetzt auch noch nicht ganz erreicht hat, so ist dasselbe doch in greifbare Nähe gerückt. Der Minister hat 30000 M. bewilligt zur Miethe und Einrichtung eines dicht bei den anderen Universitäts-Kliniken gelegenen Hauses zu einer provisorischen psychiatrischen Klinik, die zunächst 40 Betten fassen soll. Professor Hitzig wird vom 1. April k. J. ab die Direction dieser Klinik übernehmen und aus seiner bisherigen Stellung als Director der provst. Anstalt in Nietleben ausscheiden.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Jena (Irren-Anst. u. psych. Klinik) erster Assistenzarzt, 1. Januar 1885. 2) Nietleben bei Halle a./S., Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 3) Merxhausen (Kassel), Pflegeanstalt, Arzt, bald. 1800 M., freie Fam.-Wohn., Heizung; Ausübung von Privatpraxis gestattet.

Besetzte Stellen. Leubus: II. Arzt Herr Dr. Emil Kraepelin aus München; III. Arzt Herr Dr. Franz Simon aus Posen; I. Volontairarzt Herr Dr. Carl Brandenburg aus Stralsund. Eberswalde: I. Hilfsarzt Herr Dr. Becker aus Westfalen; II. Hilfsarzt Herr Dr. Christian Rasch aus Holstein. Altscherbitz: I. Hilfsarzt Herr Dr. Landrock, bisher in Eberswalde.

Ernannt. Medicinalrath Dr. Köhler, Director in Colditz zum Obermedicinalrath und Director der vereinigten Landesanstalten zu Hubertusburg. Dr. Roller zum Director der Irrenanstalt in Brake. Dr. Elsberger, bisher in Deggendorf, an Roller's Stelle zum Director der Irrenanstalt in Kaiserswerth (Diaconissen). Dr. Felgner zum II. Arzt in Hubertusburg. Dr. Nitsche zum II. Arzt auf dem Sonnenstein. Dr. Ganser zum Director in Sorau.

Inhaltsverzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.

Abbate-Pascha 312.
Adam 134.
Adamkiewicz 258, 390.
Acetal 278.
Acid. hydrobromicum 110.
Aetherzerstäubung 520.
Aethylalkohol 455 (Epilepsie).
Alkoholismus chronicus 129, 214, 324, 398 (Automatie) 547.
Althaus 106.
Amadei 259.
Amaurose 75, 522.
Amblyopie durch Intermittens 542.
Amidon 114, 128.
Amputationsnerven 488.
Amylnitrit 115 (Migräne), 541 (Lumbago).
Anaesthesie 256.
Anarthrie 160.
Andeer 306.
Andrews 185.
Anfälle, paralytische 23.
Angina pectoris 426 (Nitroglycerin).
Angyan 424.
von Anrep 175, 320, 557.
Anstaltswesen 437.
Ansteckung, psychische 549.
Aphasie 19, 160, 165, 526 (transitorische) 209, 257, 279 (sensorische). 280, 290, 304 (Halluc.). 307, 491.
Apostoli 117.
Apparate, electrotherapeut. 7.
Arachnitis 424.
Argentum nitr. 249 (Tabes).
Aristow 209.
Armnervenlähmung, isolirte 505.
Arnold 303.
Arsen 40 (Hysterie), 116 (Chorea).
Arthritis deform. 138.
Asp 123.
Asphyxie, lokale 208.
Ataxie 80 (hereditäre). 303 (traumat.).
Athetosis 245.
Athmung 93.
Atropin 48, 167 (Epil.) 282 (Schiefhals).
Augen-Anomalis, angebor. 313.
„ Muskellähmung 271.
„ Muskelnerven, Ursprung 269.
„ Störungen bei mult. Sklerose 244.
„ Sympathicus 368.
Aura epileptica 261.
Aurum cyanatum 108 (Ataxie).

Babinsky 138.
Bagenoff 396.
Baginsky 172.
Baillarger 489, 227.
Balkenmangel bei Katze 115.
Ball 132, 569.
Ballet 281.
Bannister 430.
Barlanghi 402.
Bartens 184.
Basedow'sche Krankheit 133.
Beauregard 102.
Bechterew 56, 59, 60, 155, 222, 236, 295, 417, 475.
Beck 162.
Beetz 92.
Beevor 261.
Bellangé 132.
Benedictow 246.
Benedikt 37, 270, 556.
Bennet 76.
Béraud 522.
Bergesio 271, 285.
Berger, Oscar 126, 347, 472, 559.
Berkhan 542.
Bernhardt, Martin 18, 97, 505.
Bert 47, 48, 552.
Berührungsfurcht 108.
Beugecontractur 424 (Arachnitis).
Bewegungen 205 (im Schlafe), 261 (Physiologie ders.)

Bewegungslähmung 539.
Bewusstlosigkeit 330.
van Bibber 427.
Bidon 345.
Bigot 497.
Binswanger 400, 404, 441.
Birdsall 91, 116.
Blanche 569.
Bleilähmung bei Kindern 493.
Bleivergiftung 69, 91, 111, 456.
Blindheit mit Gesichtshalluc. 60.
Blix 304.
Blödsinn paralyt. 241 (bei Hunden).
Blount 254.
Blutbewegung im Schädel 448.
Blykaerts 384.
Bókei 249.
Bókai jun. 42.
Bokey 129.
Bordoni-Uffreduzzi 254.
Bouchard 525.
Bourneville 325.
Bouteiler 520.
Braubach 535.
Braun 497.
Bricon 325.
Broca 151.
Bromkalium 40 (Hysterie).
Bromnatrium 82 (Epil.).
Bromsalze 410 (combinirte).
Bromwasser 410.
Brower 67, 353.
Brown-Séquard 383.
Bruce 36.
Buch 49, 73.
Bucknill 480.
Bucquoy 89, 189.
Bulimie 245.
Bulbärparalyse 477 (apoplect.).
Burkart 541.
Burr 22, 261.
Buzzard 247.

Cachexia cerebralis 520.
Caffein 536.
Campbell 542.
Camuset 69, 70, 497.
Cannabinum tannicum 130, 522.
Cardialgie 166 (nervöse).
Cauterisation 181 (Clitoris).
Centralnervensystem 319 (Lehrbuch).
Cerebellare Haemorrhagie 537.
Cerebrospinalmeningitis 212, 254, 370.
Challand 83.
Chambord 378.
Chapin 235, 493.
Chappmann 546.
Charpentier 258.
Chiari 37.
Chlorathydrat 39 (Tetan.). 40 (Hyst.).
Chloroform 382 (sub. Inj.)
Chorea 109 (traumatica), 116, 235, 283, 427, 478, 520.
Citrin 522.
Clark 84.
Clevenger 353.
Clitoriskrisen 518 (Tabes).
Coca und Cocain 567.
Compressionslähmung 492.
Contracturen 24 (Paralyse).
Coordination 264.
Cornillon 323.
Corning 82, 237.
Cornwell 519.
Corpora quadrigem. 34.
Corpus mammillare 444.
Cotoin 285.
Couty 261.
Cowan 134.
Criminelle Irren 27.
Crothers 135, 253, 398, 399.
Curare 22.
Curschmann 224.
Curven 90.
Cybulski 175, 320, 557.

Dana 91, 110, 116, 549.
Danillo 202, 455.
Darwin 570.
David 497.
Davis 260.
Deecke 163.
Degenerationszeichen 215.
Dehnungscontractur, antagonist. 105.
Déjerine 139, 383, 551.
Delirium 89 (psych.) 19 (postepidem.) 190 (heredit.) 214 (transitor.) 286 (des négations).
Delore 525.
Dementia 82 (acute) 497 (syphil.).
Derveer 67.
Descourtis 184.
Diabetes insip. 210, mellitus 525.
Diabetische Neuralgien 323.
Dickermann 81.
Dieb, geisteskranker 569.
Dignat 20.
Donkin 256.
Doppeldaumen 207.
Dubay 16, 38, 399.
Dujardin-Beaumetz 107, 129, 189.
Dunnoyer 526.
Duval 88.
Dyspepsia nervosa 171, 291.

Ecchinococcus cerebri 516.
Echozeichen 415.
Eclampsie 525 (Aetiologie).
Edes 91, 112.
Edmunds 423.
Eickholt 429.
Eidam 374.
Eisenlohr 224.
Electricität, statische 521.
Electrode, selbstbefeuchtende 119.
Electrodiagnostik 299, 497.
Electrotherapie 129, 246, 352, 369, 521.
Elsberg 117.
Embolia cerebri 308.
Embolie d. Art. Basilaris 235.
Encephalitis chron. arenosa 207.
Encephalopathia saturnina 456.
Engelskjoen 38, 299, 543.
Entartungsreaktion, partielle 163.
Epilepsie 381 (Jackson); 82 (Bromnatr.); 90, 163 (Trauma); 186 (Statistik); 188, 455 (Irresein); 189 (durch Syph.); 192, 202 (nach Musik); 285 (Pupille); 286 (partielle); 325 (Sklerotinsäure); 381, 455 (Behandlung); 383 (Chloroform); 410 (Bromwasser); 479 (larvirte); 491 (pseudo-gastrica); 496 (Uebertr. v. Thier auf Menschen); 497 (Bromsalze); 497 (Reflex-Ep.); 522 (Gravidität); 541 (nach Amylnitrit); 566 (nach Scharlach).
Erb 163.
Ergotin 568.
Erlenmeyer 410, 432.
Ernährung u. Nerven 102.
„ künstliche bei Geisteskr. 83.
Ernährungsstörungen traumatische 115.
Erythrina corallodendron 70.
Eskridge 111.
Eulenburg A. 367. 392.
Ewald 171, 449.
Eyselein 43.

Fabre 303.
Facialislähmung, rheumat. 54, 343, 497.
Familie, neuropathische 378.
Faradisation, allg. 542.
Feilchenfeld 421.
Ferguson 494.
Femme autographique 225.
Féré 105, 361.
Ferrier 262, 420.
Filippor 202.
Fillians 525.
Fingerhut-Electrode 240.
Fische, Lebensfähigkeit ders. 47.
Fischer, Franz 188.
Flechsig 437.
Flesch 27.
Folie à double forme 352, 500.
„ du doute 549.
Folsom 186.
Fornixschenkel 444.
Fothergill 81.
Fowler'sche Lösung 255 (Tetanus).
Fox 547.
Fremdkörper bei Geisteskranken 24, 185, 185.
Freeman 128.
Freud 419, 567.
Friedenreich 397.
Fritsch (Wien) 449, 548.
Fuchs 18.
Fuerstner 293.
Fürstenheim 172.
Fusier 184.
Fussklonus u. Körperlänge 106, 561.

Gangraen, symmetrische 424, 561.
Galezowski 108.
Galvanisation des Gehirns 91.
Gatschkowski 542.
Gavoy 533.
Gefühlslähmung 539.
Gehen und Stehen 204
Geistesstörung 33, 67 (Trauma); 68 (Chinin); 68 (Pocken); 69, 430 (inducirte); 84, 191 (Alkohol); 84 (Bleivergiftung); 184 (Heil. durch Anthrax); 546, 569 (bei Zwillingen); 359 (durch Schwefelkohlenstoffvergiftung); 227, 374 (nach acut. Gelenkrheum.); 431 (Herzfehler); 90, 402 (Ursachen allg.); 184 (Schwangerschaft); 266, 353, 428 (bei Kindern); 380 (Statistik i. Frankreich); 374 (Stat. i. Preussen); 434 (Ehescheidungsgrund); 436 (Krankenkassen); 480 (Verbrechen).
Gehirn-Abscesse 19; Bewegung 533; Erweichung, locale 90; Lues 217; Anatomie 116, 124, 151, 202; Quetschung 38; Tuberculose 518; Lageveränderung 262; Circulation 271; Gewicht 272, 501; Studium 272, 419; Syphilis 427; Volumen 383; hyperaestetische 494; allgem. Pathologie 363; Function 449.
Gehirnnerven, Lähmung einzelner 187, 220.
Gehirntumoren, 16 (Schläfenlappen); 36 (Pons); 89 (Basis; Hydatidencyste); 162 (Hypophysis, Teratom); 179; 307 (Streifenhügel, Myxosarcom); 452 (Balken); 453 (Sehhügel); 563 (Basis).

Gehörshallucinationen, Heilung 183.
Gellé 109.
Gelenk, Entzündung und Nervenleiden 372. Neurose 172.
Gemüthsbewegungen, Ausdruck ders. 570.
Genitalerkrankung (weibl.) u. Geistesstörung 445.
Geruchsapparat 88.
Geruchsnerv, Fehlen dess. 536.
Geschmacksempfindung 109.
Gesichtsfeldsuntersuchung, electrodiagnost. 299, 543.
Gesichtsmuskulatur bei progress. Muskelatrophie 560.
Gibier 139, 191, 261.
Gibney 114, 521.
Gilbert 488.
Girandeau 221.
Girma 568.
Glaeser 179.
Gleichgewichtsorgane, periphere 222.
Gley 382.
Gliom des Gehirns 104.
Gliose der Gehirnrinde 293.
Glycosurie 263.
Glonoin 130 (Angina).
Glossoplegie, einseitige 308.
Gnauck 244.
Goldsmith 186.
Goltz 449.
Gontermann 22.
Graue Substanz, centrale 155.
Grashey 448.
Greene 84.
Greiff 125.
Grenzen des Irreseins 549.
Grosshirnrinde, Histogenese 18; Histologie 92, 151; Physiologie 486.
Grübelsucht 108.
v. Gudden 444, 474.
Guiteau 549.
Gurewitsch 93.
Gutachten 25, 26, 55, 84, 86, 136, 185, 334, 356, 358, 405, 407, 497, 548. 569.
Gynäkolog. Therap. d. Hysterie 437.

Haarfarbe period. Wechsel ders. 493.
Hack 40.
Hadden 76, 478.
Haematorrhachis 446.
Hallager 479.
Halssympathicus 371.
Hallucinationen, symmetrische 352.
Hammond 114.
Handschuhelectrode 71.
Handstellung als Gehirnsymptom 76.
Harn, Semiologie 296.
Hartmann 331.
Hasse 445.
Haut-Empfindlichkeit 203.
Haut-Gefässnerven 49.
Hay 426.
Hayem 488.
Hebephrenie 549.
Hegar 301.
Heilung, unerwartete 546.
Heinlein 227.
Hellseherin 278.
Hemianästhesie 473; hyst. beim Manne 92.
Hemianopsie 20, 42, 250, 563 (temporale); 253, 374, 375 (homonyme).
Hemichorea 125, 342, 545 (posthemiplegica.)
Hemicrania ophthalmica 493.
Hemiplegie, hysterische 541; corticale 1; contralaterale Symptome 20.
Herczel 19, 257.
Herms 534.
Hernia cerebri 399.
Herpes zoster 224.
Hervonet 536.
Herzkrankheiten funktionelle 211.
Hinterhauptsgrube, mittlere 162.
Hinterstrangsklerose 247.
Hinze 181.
Hinkley 431.
Hirnberuhigungsmischung 253.
Hirschler 342.
Hitze, künstliche als Heilmittel 107.
Hitzig 292, 446, 451.
Hjertsström 24.
Hock 271.
Hodges 419.
Högyes 340.
Hörnerv electr. Reaktion 93.
Höstermann 428.
Hoffmann 300.
Holsti 541.
Hopkins 77.
Horsley 79.
Hughes 255, 397, 541.
Humphries 254.
Hundepest, Rückenm. bei ders. 176.
Hundswuth 261.
Hunger, Einfluss auf Nervencentren 33.
Hunnius 65.
Hurd 185, 211.
Hutchinson 273.
Hydrocephalus chron. 90.
Hyosciamin 185, 353.
Hyperorexie 345.
Hypnose, Hypnotismus 79, 327, 340, 342.
Hypochondrienreflex 122.
Hypoglossuslähmung, doppelseitige 309.
Hysterie 169 (bei Männer); 181, 202, 344, 494 (bei Kindern).
Hysterisches Fieber 453.

Jacoby 372, 379.
James 102, 106.
Jamaica Dogwood 283.
Janewey 89.
Jaroschewski 128.
Jastrowitz 293.
Idiotengehirn 536.
Idiotie durch Trunksucht 260, Classification u. Behandl. 260.
Jehn 471.
Jendritza 185.
Jendrossick 257.
Jensen 161.
Imbecillität bei Zwillingen 88.
Impotence fonctionelle 21.
Impotenz, psychische 491.
Impressionabilität, nervöse 384.
Intercostalnerven, Dehnung 426.
Intervertebralganglien 236, 475.
Johnstone 133, 478.
Jolly 291, 486.
Jonin 319.
Jonquière 373, 562.
Irrencolonie 443, 503.
Irrenfürsorge 139 (Baden).
Irrengesetzgebung 94 (Italien, Frankreich); 168 (New-York); 192 (Holland).
Irrenstatistik 526 (Bayern); 546, 322 (Würzburg).
Irrenwesen 501 (Schweiz).
Irresein 84, 185 (temporäres). 84, 186, 334 (impulsives). 549 (indicirtes). 132 (Grenzen dess.).

Kahlbaum 470.
Kahler 319.
Kaltblüter, Vitalität ders. 47.
Kandinsky 481.
Kartoffelbuddlerlähmung (Zenker) 22, 178.
Kasansky. 453.
Katalepsie 134, 209.
Keratitis neuroparalytica 252.
Kernig 424.
Kétli 343.
Kiernan 68, 283, 352, 378, 431.
Kind 260.
Kinderlähmung 76 (spastische); 76 (atroph. chron.); 107 (Behandlung);
Kinnear 282.
Klein 451.
Kleinhirn, Physiologie 152, 153, 173, 222; Sclerose 323; Abscess 655.
Knecht 215.
Knittel 549.
Körpertemperatur u. Nervensystem 376,
„ bei geistiger Arbeit 382.
„ nach Hirnläsion 383.
Kollmann 40.
Korángi 245.
Kowalewsky 203, 320, 516.
Krämpfe 306 (allgemeine). 552 (durch Sauerstoffmangel). 40 (saltatorische). 287 (ungewöhliche). 478 (nach Vergiftung).
v. Krafft-Ebing 25, 86, 136, 334, 356, 358, 497, 547.
Kraus A. 26.
Kraussold 548.
Kropfoperation 520.
Kuby 88.
Kundrat 220.
Kurz 425.

Laborde 89, 382.
Laehr 437.
Lähmung, cerebrale 365; nach periph. Reizung 345.
Lambe 278
Landau 171, 172.
v. Landesen 495.
Landouzy 139, 281.
Langer 274, 321, 322, 324.
Langgaard 494.
Langley 449.
Langreuter 23, 278.
Lasker's Gehirn 25.
Laufenauer 309, 340, 344.
Lebec 88.
Lebrecht 456.
Lechner 342.
Lee 90, 107.
Leegard 363.
Legrand du Saulle 191, 192, 287, 548.
Lehmelectrode 117.
Leidesdorf 268, 428.
Leitungsbahnen 535, optische 440.
Leitungswiderstand 486.
v. Lesser 426.
Leszynsky 282.
Levingstone 90.
Lewis 545.
Lichtheim 290.
Lidell 38.
Limann 55, 101.
Likaceff 94.
Lindén 540.
Link 332.
Linsenkern 103, 203, 319.
Lipurger 522.
Lissauer 488.

Localisation in der Rinde 104, 255, 363, 421, 449, 451.
Löwe 316.
Löwenfeld 165, 177, 424, 538.
Lombroso 162.
Luciani 152.
Ludwik 343.
Lues cerebralis 132.
Lunier 397.
Lutz 561.
Luys 362, 533.
Lyssa 191.

Mabille 69, 183, 489.
Maccabruni 167.
Madigan 549.
Magnan 190, 396.
Maior 354.
Maladie du toucher siehe Berührungsfurcht.
Malassez 88.
Manassein 61.
Mania 499 (transitoria); 186 (Pathologie); 546 (acute bei Kindern).
Manley 134.
Mann 225, 477, 497, 549.
Mannkopf 421.
Manz 313.
Marandon de Montyel 569.
Marchi 104.
Martineau 189.
Maslowski 540.
Mastkur 541.
Maudsley 480.
Mauthner 269.
Mayer Sigm. 158, 179.
McBride 42, 453.
McDowall 546.
McGuire 452.
Meazulewitsch 176.
Meissenbach 255.
Melancholie, 82 (attonita); 134 (stuporosa); 286 (chronica); 548 (und Schuld).
Mendel 169, 241, 440, 532.
Mendelssohn 124, 305.
Meningitis, 20, (tuberculosa); 42 (basilaris); 491 (granulosa).
Mercier 38.
Metallotherapie 16, 399.
Meyer, Robert 54.
Michelson 225.
Michigan Asylum, Bericht 234.
Mickle, Julius 66, 135.
Mickle, Fellinghoff 84.
Mierzejewski 202.
Migraine, 115 (Behandl.). 190, 255, 397.
Mikrocephalie 375.
Mikrophthalmie 375.
Miles 115.
Millet 353.
Mills 91, 112.
Minkowski 223.
Mitchel 38.
Moebius 5, 193, 203, 266, 314, 371, 393, 457.
Mommsen 315.
Monastyrski 538.
Monobromcampher 185.
Monomanie 430.
Monoplegie 280, 366.
Montgomery 430.
Moralischer Sinn 480.
Moral insanity 186, 260, 405, 407, 470.
Morphium 39 (Tetanus); 48 (mit Chloroform); 536 (Nachweis im Harn).
Morphium abusus 431.
„ sucht 312, 391.
Morton 90, 91, 109, 114, 115.
Motet 214, 500, 569.
Motorische Zone, Entwicklungshemmung ders. 161.
Motschutschowsky 93.
Müller, Franz 7, 164.
Müller, F. C. 127.
Munoz 214.
Muskelatrophie, progressive 111, 540, 554.
Muskelkraft bei Paralyse 184.
Muskellähmung bei Tabes 551.
Muskelsinn 304.
Muskelsteifheit 379.
Muskelspannungen, bei Paralyse 28.
Muskelveränderung nach Nervendurchschneidung 138.
Musso 271, 285.
Myelitis 316 (traumatica); 473 (bei Trinkern); 565 (Chronica).
Myoclonus multiplex 17.
Myopathia progress.-atroph. 139, 389.
Mysophobie 549.

Nachbilder 419.
Nahrungsverweigerung der Irren 181.
Narvaud 380.
Nasenerkrankung und Neurosen 117.
Nathanson 172.
Nerven, 339 (im Hungerzustand); 320, 557 (vasomotorische).
Nervendehnung 44, 57, 300, 426, 537, 540.
Nervenendorgane, Entwickl. ders. 123.
Nervenfaser peripher., Bau ders. 474; 56 (bei Tabes).
Nervenkrankheiten 274 (Lehrbuch).
Nervennath 525.
Nervensystem 316 (Entwicklungsgesch.)
Nervenwurzeln, Ganglien derselben 485.

Nervenzellen, Bildung ders. 534.
Nervous indigestion 81.
Nervus acusticus, Cysten dess. 332.
„ facialis, 565 (Parese).
„ olfactorius, 93 (Athmung); 88 (fehlend).
„ peroneus, 564 (Lähmung).
„ phrenicus, 175 (Physiologie).
„ recurrens, 178 (Lähmung).
„ sympathicus, 237 (Electrother.).
„ vagus, 287 (Electrother.).
Nephritis und Nervenstörung 303.
Nesterow 210.
Netzhauterkrankung 376.
Neuralgien, bei Pharynxkr. 40; allgemeine 111; periphere 367, 522.
Neurasthenia cerebralis 308.
Neuritis 224; traumatica 90, 109, 258; rheumatica 309; multiple 127; degenerative 176, 206; syphilitica 565.
Neuroparalytische Entzündung 474.
Neurose electrische 361.
Nicati 190.
Nieden 250, 252, 368.
Nitroglycerin 426: 115 (Migräne); 130 (Angina).
Nothnagel 147, 554.
Nucleus caudatus 103, 320.

Obersteiner 267, 391.
Oculomotoriuslähmung, wiederkehrende 314, 494, 531.
Oettinger 189.
Opendoor system 547.
Openheim 529.
Ophthalmoscopie bei Nervenkrankh. 519.
Ophthalmoplegie 269.
Oppenheim 149, 150, 243.
Opticusatrophie 519.
Orange 30.
Osmiumsäure 367, 425, 426.
Ott 376.
Otto 294.
Ovarialcystenoperation bei Hysterie 262.
Ovarie 171, 172.
Oxalurie 31.

Pacchymeningitis 489, 135 (haemorrhagica).
Packer 352.
Paets 443.
Page 78.
Paradoxe Contraction 105.
Paraldehyd 107, 277, 278, 425, 522.
Paralyse, allgem. fortschr. 69, 134, 184, 227, 293, 400, 440 (Anatomie) 394 (Syphilis) 525 (Erblichkeit) 337 (Erblindung) 352 (Seitenstrangsklerose) 429 (Statistik) 568 (Ergotin).
Paralyse aufsteigende 41, 65, 300, 379.
Paralysis agitans 128.
„ spastica 245.
„ diphtheritica mit Ataxie 564.
Paraplegia hysterica 453, tetanoide 114.
Parsons 69.
Patellarreflex 79, 112, 128, 145, 369, 421, 525 (Diabet.).
Paul 383.
Peadbody 235.
Pellagra-Psychosen 131.
Peretti 277.
Periphere Nerven, Trauma 38.
Petraeus 39.
Pflüger (Bern) 375.
Phosphorsäureausscheidung bei geistiger Arbeit 91, 112.
Photoparästhesie 492.
Picard 539.
Pick A. 330.
Pigmentbildung im Nervengewebe 200.
Pilgrim 453.
Pilocarpin 139 (Hydrophobie).
Pitres 165, 379, 518.
Planat 286, 496.
Plexus brachialis, Lähmung 221, Erkrankung 477.
Plexus chorioideus 176.
Pocken und Nervenstörungen 183.
Pocker 202.
Poliomyelitis chron. anter. 177.
Ponslaesion 344.
Pontoppidan 19.
Popow 523.
Porencephalie 278, 294.
Postepileptische Symptome 106.
Pozzi 262.
Praedisposition, nervöse 281.
Praeepileptisches Irresein 532.
Prevost'sches Symptom 24.
Pribram 158.
Pseudoataxie 541.
Pseudobulbärparalyse 291, 559.
Pseudohypertrophia musculorum 126.
Pseudosklerose, multiple 163, 274, 321.
Pseudoparalyse 70.
Pseudoparalysis 133 (alkoholica). 229 (saturn. u syphil.).
Psychiatrische Diagnostik 392.
Psychopathologie, forensische 404.
Puarini 20.
Pupille 56, 59 (verengernde Nerven) 158, 285.
Pusinelli 130, 522.
Putnam 91, 111.
Pyramidenseitenstrangbahnen 302.

Quaerulanten-Irresein 25, 136.
Quinquaud 183.

Railway-spine 127.
Ramaer 392.
Ranney 34, 173.
Rattone 485.
Raumvorstellungen 295.
Rechtsschutz der Irren 168 (Amerika).
Recurrenzlähmung 373.
Reflex-Epilepsie 497.
„ Neurose von Nase u. Kehlkopf 374, 562.
Regis 133, 525.
Regnard 47.
Reinhard 122, 493.
Remak 17, 55, 172, 243, 393, 560.
v. Renz 385.
Resorcin 306.
Respiration, hyster. 39.
Respirationsmuskelkrämpfe 81.
Rey 69, 70, 272, 501.
Richet 47, 109, 383.
Richter (Dalldorf) 148, 367, 440.
Riegel 81.
Rieger 327.
Rindencentren, motor. Erregbarkeit in Hypnose 93.
Rindenerregbarkeit 475.
Robertson 352.
Rogner 151.
Rogowitsch 537.
Rohmell 324.
Rolando'sche Furche, Anomalien 148.
Rosenbach Ottomar 373.
Rosenbach Paul 33, 236, 339, 475.
Rosenheim 298,
Rosenstein 300.
Rosenthal Albert 1, 217.
Rosenthal (Wien) 166.
Ross 274, 477.
Roth 75.
Rott 178.
Rousseau 280.
Roviolis 190.
Rückenmark, Anatomie 258. Blutung 517. Dehnung 301. Deformität 316. Erkrankung 149. Erregbarkeit 124. Erschütterung 423. Halbschnitt 420. Häute 535 (Lipom). Krankheiten 424. Quetschung 38. Tumoren 37. Trauma 89. Veränderung 57, 95, 517.
Rückwärtsgang 292.
Rumpf 40, 314, 415, 517.
Rupprecht 520.
Russeb 549.
Russel 39.

Saffraninfärbung 258.
Sakaky 56.
Sammelforschung bei Psychosen 354.
Sander 434.
Sattelkrücke 71.
Savage 135, 351, 352.
Schädelfractur 223, 343.
Schäfer 451.
Schäffer 373.
Schech 562.
Scheintod 73.
Schieferfarbe des Gehirns 489.
Schiefhals 282.
Schiff 153. 486.
Schläfenbein-Caries 370.
Schlaf, Physiologie dess. 254.
Schlafsucht 377.
Schmerzhafte Sensationen 172.
Schneider 536.
Schneidender Finger 97.
Schöler 374.
Schou 474.
Schreibkrampf 90, 91, 114.
Schrift 61.
Schulterarmlähmung, combinirte 505.
Schüle 290.
Schultze Fr. 316.
Schulz 424, 563.
Schwachsinn, originärer 334, 548.
Schwindel 353.
Schwangerschaft und Epilepsie 522.
Schwitzen, halbseitiges 66.
Searcy 494.
Sclerotinsäure 325 (Epilepsie).
Seelenblindheit 24.
Seeligmüller 473.
Sehbezirk im Gehirn 253.
Sehnenphänomene 298.
Sehnenreflexe 23, 91. (Paralyse) 257, 315.
Sehnerven-Atrophie 56, 376.
Sehstörungen bei Paralyse 24.
„ Localisation ders. 34.
Seitenstrangsklerose 223 (Lues); (primäre) 77.
Seitenventrikel 383.
Selbstmord, Familie 167. Trieb. 351, Statistik 309 (Pest), 380 (Frankreich), 94 (Russland).
Selbstmörder-Gehirn 37.
Selenkow 179.
Semon 178, 373.
Senator 171.
Sensibilitätsstörung, eigenthümliche 18.
Sepilli 279.
Serratuslähmung 225.
Sharkey 423.
Shaw 537.
Sherrington 451.
Siemens 181.
Silvio 103, 131.

Simulation 378.
Sinusthrombose 367.
Sinnes-Täuschungen 481.
Sinnes-Verwirrung 136.
Sitophobie, ächte 107.
Sizaret 286.
Slucki 304.
Smith 90, 168, 212.
de Snoo 207.
Sommer 27, 323.
Sommerbrodt 374.
Sonnenstich 128.
Spastischer Symptomencomplex 524.
Spengler 370.
Sperrmatorrhoe 81, 491.
Sperrlingk 107.
Spiegelschrift 61.
Spinalirritation 256.
Spinallähmung 163, (chron. bei Kinder), 302 538 (spastische).
Spinalmeningen 321 (Apoplexie).
Spitzka 91, 112, 264, 344.
Sprachbahn, motorische 160, 514.
Sprachstörung und Patellarreflex 112.
Stammbaum der Krankheit 273.
Steenberg 396.
Stepanow 369, 521.
Starr 253, 535.
Statische Electricität 369.
Steiner 292.
Stiller 245.
Stimmritzenkrampf, phon. b. Hysterie 562.
Stintzing 44, 306.
Stoffwechsel bei Nahrungsverweigerung 315.
Strahan 541, 546.
Strychninwirkung 88, 115 (Migräne). 129, 214 (Alkoholismus).
Swedelin 207.
Sympathicusaffection 368.
Syphilis bei Geisteskranken 135.
Syringomyelie 446.
Systemerkrankung des Gehirns. 175.
Syzänko 93.
Szeude 393.

Tabes dorsalis 56, 78 (peripherer Ursprung). 78 (periphere Behandlung). 91, 112 (Vorläufer der Paralyse). 91, 113 (seltene Symptome). 114 (Heilung). 150, 281, 472 (Aetiologie). 164 (Diagnose). 165 (vasomotorische Störungen). 249 (Atherom der Aortenklappen). 249 (Argent. nitr.). 300, 517, 540 (Dehnung). 305 (Hautnerven). 347 (Dysurie). 379 (Muskelsteifheit). 383 (periphere Nervenveränderung). 390, 488 (Histologie). 392, 541 (Heilbarkeit). 399 (Pat. Reflexe). 518 (Clitoriskrisen). 529 (Vagus-Erkrankung). 581 (Muskellähmung).
Tabes und Syphilis 91, 116, 193, 243, 266, 281, 286, 385, 457, 564.
Tamburini 94, 104, 108.
Tarnowskaja 57, 95, 517.
Tastsinnsprüfer 314.
Taubstumme, Massenunterricht ders. 542.
Taylor 71.
Teissier 249.
Temperatur subnormale 42; (Meningitis tuberc.) 292, 523.
„ hohe, Ursache v. Psychosen 46.
Tetanie 189, nach Kropfexstirpation 501.
Tetanus traumaticus 22, 39, 179, 254, 255, 520, 538.
Theobromin 536.
Thomsen 531.
Thrombose der Gehirnarterien 307.
Tigges 186.
Tonnini 259.
Transitorisches Irresein ex potu 358.
Trigeminusneuralgie 67.
Trilesski 536.
Trinitatsky 176.
Trunksucht 135, 399.
„ forens. Beurtheilung ders. 497.
Trussewitsch 130.
Tshycz 200.
Tuczeck 293, 315.
Turgeniew's Gehirn 94.
Turner 425.
Tusset 491.

Ueberbürdungsfrage 471.
Ueberosmiumsäure 522.
Uhthoff 56, 245, 376.
Unruh 518.
Urticaria 492 (chronica); 225 (factitia).

Vaguserkrankung bei Tabes 529.
Vaguslähmung 424.
Vana 377.
Ventriculus III 155.
de Varigny 475.

Vasomotorische Störungen b. Paral. 24.
Veratrin 324 (Alkoholismus).
Verbrecher, phys. Degenerat. ders. 215.
„ u. Geisteskrankheit 85.
„ ,irre 27, 30, 202; -Gehirne 37.
Verdauungsschwäche, nervöse 5.
Verfolgungs-Querulantenwahnsinn 86, 547.
„ wahn 25, 88, 566.
Verordnung betref. geisteskr. Soldaten in Preussen 94.
Verrücktheit, primäre 22, 259, 261.
Verticalgalvanometer 55.
Victor 46.
Vierhügel 417.
Vierordt 176, 206.
Virchow, Hans 204.
Voisin 359.
Vorstädter 71.
Vulpian 189, 208, 261.

Wälle 80.
Wärmeregulation im Schlaf u. Narkose 415.
Wahlfors 542.
Wagner 501.
Wahnsinn, 23; simulirter 26; religiöser 136, 283.
Walfisch, Gehirn dess. 102.
Wacker 223.
Walton 92, 116, 127, 256.
Warner 76.
Webber 91, 113.
Weber 138, 281, 286.
Weiss Max 167.
Weiss J. 381.
Wernicke 160, 514.
Westphal 16, 56, 163, 302. 337.
Wide 185.
Wiebe 179.
Wiethe 375.
Wiglesworth 82, 186, 255.
Wilder 115, 116, 272.
Wildermuth 426, 566.
Wille 85.
Willensbestimmung freie 101.
Willet 546.
Wirbelsäule, therm. Behandl. ders. 282.
Wolf 263.
Wollner 499.
Woodcox 283.
Workmann 260.
Wortblindheit 42.
Worttaubheit 1, 17, 279.

Yellowless 84.

Zacher 23, 524.
Zanner 399.
Zenker W. 22.
Ziel 427.
Zittern 38; epileptoides 21.
Zone, epileptische 425.
Zuckerkandl 124.
Zuelzer 296.
Zwangsvorstellungen 293, 356, 428.
Zwangsimpulse 356.
Zwischenwirbelganglien 475.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).